Rocznik XIV Styczeń—Luty 1936 Nr. 1—2.

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY ZRZESZEŃ STOMATOLOGÓW I LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, STAŁEJ DELEGACJI POLSKICH ZJAZDÓW STOMATOLOGICZNYCH, ZWIĄZKU SŁOWIAŃSKICH STOMATOLOGÓW, POLSKIEGO KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENTYST. (F. D. I.), SEKCJI POL. MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.), ORAZ MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU BADAJĄCYCH PARODONTOZĘ „ARPA".

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:
Naczelny redaktor: Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI.
Redaktor działu sprawozdawczego Dr. Henryk ALLERHAND. — Redaktor działu zawodowego Dr. Mieczysław JANKOWSKI.
Administracja: Józef POLKOWSKI.
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a. — P. K. O. nr. 505. 5.

Dodatek: Skorowidz treści i autorów do rocznika XIII — 1935.

Czytelnikom naszym przesyłamy życzenia

Wesołych Świąt i szczęśliwego Nowego Roku

Redakcja „Polskiej Stomatologji"

Administracja „Polskiej Stomatologji" uprasza **o uregulowanie zaległości za abonament w r. 1935. oraz o nadesłanie przedpłaty na rok 1936.** załączonym blankietem pocztowym PKO.

Cena niniejszego podwójnego numeru zł. 4·—.
Abonament roczny 22 zł., półroczny 11·— zł.

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Dr. JÓZEF JARZĄB POZNAŃ

NIEZWYKŁY PRZYPADEK KRWAWIENIA DZIĄSŁOWEGO.

Un cas rare d'hémorraghie de gencive.

Ein seltener Fall einer Zahnfleischblutung.

Doc. pol. 23.621 : 50.67 Doc. int. 616.314 005 1

Z krwawieniem dziąseł spotykamy się w codziennej praktyce dość często. Są to zazwyczaj drobne i krótkotrwałe krwawienia, które mogą być wywołane obrażeniami dziąsła przy jakichkolwiek stomatologicznych zabiegach. Jako przyczynę w tych przypadkach znajdziemy zazwyczaj uraz mechaniczny, który w mniejszym lub większym stopniu przerywa łączność tkanek i naczyń. Możliwość ta zwiększa się daleko bardziej, jeżeli błona śluzowa dziąsła wykazuje zmiany chorobowe, zapalne w różnych nasileniach, począwszy od lekkiego zaczerwienienia brodawek dziąsłowych aż do owrzodzeń lub zmian wytwórczych (gingivitis simplex, ulcerosa, hypertrophica). Wówczasto już przy lekkiem zadraśnięciu przy użyciu szczoteczki lub przy jedzeniu pokarmu, a nawet przy ssącym ruchu języka spotykamy się z krwawieniem, które jednak dzięki łatwej kurczliwości i prawidłowej krzepliwości krwi szybko mija. Krwawienia większe poekstrakcyjne i pooperacyjne w warunkach prawidłowych również zachowują się podobnie i możemy je łatwo opanować uciskiem tamponów na brzegi zębodołu.

Zwiększona przepuszczalność naczyń może występować przy niektórych zatruciach i awitaminozie jak skorbut, kruchość zaś w sklerozie, któreto zmiany niejednokrotnie stają się przyczyną również dłuższego krwawienia.

Inaczej przedstawia się ta sprawa przy zmniejszonej krzepliwości krwi, gdzie mimo prawidłowych warunków fizycznych nie dochodzi do wytworzenia skrzepu. Polega to na pewnej chemicznej zmianie wewnętrznego składu krwi, która może mieć swoje źródło albo w samym układzie krwiotwórczym, albo w zachorzeniach ogólnych.

Stwierdzić to możemy łatwo metodą *Dubois,* która polega na powolnem odsączaniu bibułą krwi nakłutego ucha. Jeżeli przy tym sposobie jeszcze po 12 minutach krwawienie nie ustępuje, możemy przypuszczać, że tworzenie skrzepu nie przebiega prawidłowo.

Do wytworzenia skrzepu według teorji *Moravitza, Hekmy* i innych przychodzi wówczas, jeżeli na substancję tworzącą skrzep *fibrynogen,* znajdującą się prawidłowo we krwi, zadziała ferment tzw. *trombina.* Prawidłowo fermentu tego w osoczu krwi nie spotykamy, znajduje się tam substancja inna, niepowodująca skrzepu, zwana *trombogenem.* Z tej to substancji, jeżeli na nią zadziała w obecności soli wapniowych ferment zwany *trombokinazą,* który powstaje przy uszkodzeniu naczyń z rozpadu płytek i innych morfotycznych części krwi, wywiązuje się owa *trombina,* która w związku z *fibrynogenem* strąca włóknik jako właściwą istotę skrzepu.

Nie wchodząc bliżej w te procesy chemji fizjologicznej, łatwo możemy zrozumieć, że brak lub zmniejszenie ilości poszczególnych elementów musi wpłynąć ujemnie na wytworzenie się skrzepu. Widzimy to w chorobach jak w niedokrwistości, w której przy zaburzeniu ogólnego obrazu krwi spotykamy się z wczesną formą erytrocytów, w białaczce i skazie krwotocznej (purpura) mamy zmniejszoną ilość płytek, a w haemofilji brak zymoplastycznych substancyj i prawdopodobnie fermentu trombokinazy. W żółtaczce sam barwik żółci wpływa niekorzystnie na krzepliwość krwi.

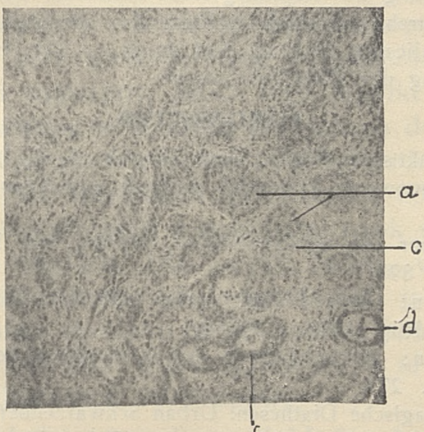
W leczeniu, oprócz środków powodujących zwężenie naczyń i ścinanie białka, wprowadzamy do ustroju środki zwiększające krzepliwość jak *calcium chloratum,* lub stosujemy surowicę końską, dyfteryczną, transfuzję krwi, które uzupełniają brak czynników powodujących krzepnienie. Środki te najlepiej stosować profilaktycznie przed zabiegiem o ile taka możliwość krwawienia istnieje. Naświetlanie wątroby promieniami Roentgena lub jej ekstyrpacja powoduje zwiększenie ilości płytek we krwi czyli również przyśpiesza krzepnienie. Z przetworów farmaceutycznych należy tu wymienić preparaty Vivocoll, Klauden, Coagulen, zawierające wyciągi z normalnych płytek i krwi.

Przypadek, który tu pragnę przedstawić jest dlatego ciekawy, że mimo prawidłowego obrazu i prawidłowej krzepliwości krwi, krwawienie dziąsła utrzymywało się przez $1^1/_2$ roku.

Chora lat 28, źle odżywiona, o wybladłem obliczu, podaje, że przed $1^1/_2$ rokiem zauważyła wystąpienie krwawienia z dziąsła w okolicy lewego górnego trzonowca. Krwawienie to było małe bez jakichkolwiek dolegliwości, jednakowoż utrzymywało się stale. Żadne środki dotychczas stosowane nie pomagały. Ponieważ w tej okolicy chora nie posiadała trzonowców i przedtrzonowców, dora-

dzono jej sporządzenie protezy kauczukowej, któraby uciskiem tamowała również owo krwawienie. Jednakowoż i to nie dało pożądanego wyniku. Przy oględzinach od strony podniebiennej przy szyjce zęba +7 stwierdzono małą kieszonkę dziąsłową, wywołaną sprawami parodontalnemi. Na brzegu tej kieszonki widzimy ustawicznie krwawiącą, żywo zabarwioną, czerwoną wyniosłość wielkości ziarenka prosa. Wyniosłość ta była kilka razy wypalana i przyżegana kwasami, jednakowoż zawsze szybko odrastała.

Obraz histopatologiczny zrobiony z wycinka kieszonki dziąsłowej i z tej wyniosłości przedstawia bardzo duży rozrost drob-



Ryc. 1. Naczyniak Haemangioma simplex. a) pęczki komórkowe naczyń bez światła wewnątrz. b) pojedyncze warstwy śródbłonków naczyń. c) tkanka łączna podstawowa. d) czerwone ciałka krwi.

nych naczyń włosowatych, składających się z pojedyńczej warstwy śródbłonków. Miejscami śródbłonki te występują jako pęczki komórkowe bez światła wewnątrz. Ryc. 1.

Jest to obraz charakterystyczny dla naczyniaka haemangioma simplex.

Rozrost jego nastąpił w kieszonce dziąsłowej wskutek podrażnień parodontalnych. Nie ma on bowiem cech nowotworu, jest to tylko większy rozrost naczyń włosowatych, których jednowarstwowe ścianki na powierzchni dziąsła niepokryte żadną inną tkanką, stale przepuszczały krew. Przyżegania i powierzchowne wypalania nie odnosiły żadnego skutku, albowiem z głębszych warstw szybko tworzyły się nowe pęczki takich samych naczyń.

Pomyślne zakończenie sprawy nastąpiło jedynie po radykalnym chirurgicznym zabiegu, polegającym na wycięciu całej kieszonki dziąsłowej.

Dr. J. Jarząb: Ein seltener Fall einer Zahnfleischblutung (Zusammenfassung).

In kurzen Worten wird der physiologische Vorgang der Blutgerinnung und die Pathologie dieses Vorgangs dargestellt. Hierauf berichtet der Autor über einen Fall einer Zahnfleischblutung in der Gegend des Zahnes, welche trotz Anwendung verschiedener Mittel ununterbrochen $1^1/_2$ Jahre anhielt. — Die histopathologische Untersuchung des blutenden Gewebes ergab eine grosse Menge von Kapillargefässen, welche meistenteils aus einer Wand von Epithelzellen bestand d. i. das Bild eines Kapillarangioma. — (Haemangioma simplex). Diese Wucherung der Kapillargefässe erstreckte sich in die Zahnfleischtasche und war durch parodontale Reizungen bedingt. — Die sehr zarten Wände der Gefässe liessen dauernd Blut durch. — Die Heilung erfolgte nach gänzlicher Beseitigung der Zahnfleischtasche.

PIŚMIENNICTWO.

Cieszyński: Praktische Winke. Oest. Ung. V. f. Z. 1917.
Cieszyński: Tamowanie krwawień podczas wypełniania zębów. Pol. Dent. 1928, p. 1.
Dobkowsky: Über die medikamentöse Stillung von Nachblutungen. Z. f. Stom. 1930, p. 895.
v. Falkenhausen: Über Blutgerinnung und ihre Beziehungen zum Komplement. Med. Klin. 1929, p. 1058.
v. Falkenhausen: Fortschritte in der Behandlung der Haemophilie. Fort. d. Z. 1931, p. 273.
Frank: Haemorrhagische Diathesen. Urban Schwarzenberg, Berlin Wien, 1929.
Kantorowicz: Wörterbuch der gesamten Zahnheilkunde. 1929, p. 312.
Kaufmann: Was muss der Arzt vom Blutzucker wissen? Ref. Fort. d. Z. 1930, p. 174.
Lipo: Un nuovo emostatico locale — il Vivocoll nella pratica odontoiatrica. Fort. d. Z. 1929, p. 318.
Mayoral: Bedrohliche Blutungen im Munde. Fort. d. Z. 1929, p. 311.
Moral: Über Blutungen im Munde und ihre Behandlung. Z. R. 1928, N. 16.
Pickering: Die Blutstillung. Ref. Fort. d. Z. 1930, p. 86.
Schmaus-Herxheimer: Grundriss der pathologischen Anatomie. 1927, p. 24.
Vogel: Über die Blutstillung bei Haemophilie. Ref. Fort. d. Z. 1930, p. 88. orig. Z. f. Chir. LVI Nr. 29, p. 1807 (1929) (Vivocoll).

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stom. Lwowskiej Izby Lek.**

Dr. med. EUGENJUSZ MANCEWICZ
Kierownik Kliniki Stomatologicznej
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

MORFOLOGJA I PATOLOGJA ZATOKI SZCZĘKOWEJ*)

La morphologie et pathologie du sinus maxillaire.

Morphologie und Pathologie der Kieferhöhle.

Doc. pol. 14.23 : 37.2 Doc. int. 611.216 1 : 616.216 1

Referent omawia w skróceniu dotychczasowe badania morfologiczne, które były niedostateczne i przeprowadzane na bardzo ograniczonym materjale, prócz tego wyniki były przeważnie uogólniane i podawane w średnich liczbach co do wymiarów i pojemności, wskutek czego nie można było mieć dokładnego pojęcia co do kształtów i ich zmienności. Konieczność nowych badań morfologicznych i patologicznych z postępami nauk stomatologicznych stała się sprawą naglącą. Dla swych badań, w celu otrzymania dokładnego pojęcia o kształtach i wymiarach, jak również w celu ustalenia wzajemnego stosunku innych zatok i jamy nosowej, zastosowałem metodę odlewów przez wlewanie metalu Wooda. Tą metodą było zbadanych 240 trupów.

Jednocześnie były prowadzone dokładne badania pomiarowe głowy w celu określenia, czy możliwem jest ustalić rozmiary zatoki szczękowej na podstawie pomiarów głowy człowieka. Badania wykazały zupełną niezależność jednych od drugich. Przy pomiarach zewnętrznych stosunkowo dużych pojemności zatok szczękowej bywa małą i odwrotnie. Często występuje duża różnica w pojemności między prawą i lewą zatoką szczękową. Zwiększenie pojemności zależne bywa od powstania uchyłków w kierunkach kości jarzmowej do guza szczękowego, ku dołowi do wyrostka zębodołowego, ku górze i tyłowi tzw. klinowo-sitowy do trzonu kości klinowej, ku przodowi i górze tzw. praelacrimalis. Zmniejszenie zatoki szczękowej pochodzi wskutek zwężenia i zmniejszenia wspomnianych uchyłków, lub wypuklenia się ściany canalis naso-

*) Streszczenie referatu wygłoszonego na VII. Zjeździe Stomatologów w Warszawie. Jest to właściwie streszczenie ze streszczenia mojej pracy, przygotowanej do druku, jako resultat badań anatomicznych, anatomo-patologicznych i klinicznych w przeciągu 10 lat na 800 trupach.

lacrimalis, wskutek zatrzymania zęba, wskutek silnego wygięcia bocznej ściany jamy nosowej do zatoki szczękowej. Często w zatoce widzimy przedzielające ją w różnych kierunkach fałdy, lub kostne listewki kształtu półksiężycowatego, pokryte wyściółką zatoki szczękowej. W tych listewkach czasem mają swe umocowanie korzenie podniebienne zębów trzonowych, jak również i policzkowe.

Co się tyczy unaczynienia zatoki szczękowej to jest ono obfite, cały układ tętniczy, żylny i chłonny w zatoce szczękowej nie jest w sobie zamknięty, lecz jest wspólny i nierozerwalny z unaczynieniem kostnych ścian zatoki szczękowej, wyrostka zębodołowego, szczególnie ze splotami żylnemi w jego istocie gębczastej z zębami i z pokrywającem go dziąsłem. To wspólne unaczynienie razem ze wspólnem unerwieniem powoduje powstawanie zmian patologicznych w zatoce szczękowej we wszystkich przypadkach zapalenia czy to bądź ostrego, bądź przewlekłego dziąsła, powierzchownie wyrostka zębodołowego, samego wyrostka zębodołowego w zębodole i u szczytu korzenia. Liczne badania na materjale sekcyjnym na 243 trupach umożliwiło uzupełnić istniejący dotychczas jeszcze brak ściślejszych badań anatomo-patologicznych. Na tym dużym materjale sekcyjnym stwierdziłem zmiany patologiczne w kostnych ścianach zatoki szczękowej, w okostnej i wyściółce. Badania swe przeprowadziłem możliwie wszechstronnie, by nie wpaść w błędy, możliwe przy badaniach jednostronnych. Badaną była jama nosowa i odnotowywano wszelkie zmiany w zabarwieniu śluzówki, narośle i wydzieliny. Badany był również stan uzębienia. Odnotowywano zęby tzw. leczone, pozbawione miazgi, z zawartością zgorzelinową, sprawy parodontalne w różnem stadjum, również brane było pod uwagę nawet tylko istnienie gingivitis powstałego od znacznego osadu na zębach jak również i w ilościach małych. Część preparatów badano przez wypreparowanie, utrwalanie, zabarwienie i pod mikroskopem. Druga część tych preparatów po odnotowaniu zmian makroskopowych maceracji. Wymacerowane preparaty wykazały zmiany patologiczne w kostnem dnie zatoki szczękowej, nasilenie ich było najbardziej widoczne w miejscach odpowiadającym korzeniom zgorzelinowym, a więc zębom martwym, ze zmianami patologicznemi u szczytów korzeni; również stwierdzono zmiany tamże przy sprawach zapalnych na brzegu wyrostka zębodołowego. Biorąc pod uwagę, że stanem patologicznym, określamy wszelkie odchylenia od normy, powstałe od jakichkolwiek bodźców, uważałem zmiany te za patologiczne, powstałe wskutek prze-

wlekłego zapalenia w wyrostku zębodołowym. Po pierwsze stwierdziłem powstanie osteomatów od kształtów najprostszych do różnorodnej postaci, prawie zawsze połączonych mocno lub luźno ze ściankami kostnemi zatoki szczękowej. Największe skupienie tych osteomatów, jako tworów przewlekłego zapalenia okostnej i wyściółki zatoki szczękowej, widoczne są na dnie zatoki szczękowej, a następnie na ścianach przednio-zewnętrznej i tylnej. Pod powiększeniem 10—15 krotnem widzimy, że te przyściankowe osteomaty ułożone są na drodze przebiegu naczyń krwionośnych, chłonnych i nerwów i im dalej od przyczyny tem w mniejszej ilości.

Osteomaty te mają cechy blaszek kostnych, połączonych ze ściankami za pomocą cieniutkich beleczek kostnych, inne w postaci ziarenek lub wyrostków, gwiazdeczek, inne znów jako wybitne zgrubienia guzowate, rozchodzące się od dna na ściany i stopniowo zanikające, przyczem wyraźnie występuje odmienna budowa ich w porównaniu z normalną ścianą zatoki. Największe zgrubienia i nawarstwienia widoczne są nad korzeniami zgorzelinowemi, z maczugowatem zgrubieniem szczytu korzenia (excementosis). Zgrubienia te szczytowe i na dnie zatoki szczękowej powodowała ta sama przyczyna. Przy gingivitis i paradentitis widzimy na odpowiednich ściankach zatoki takie same skupienia osteomatów, zanikających w miarę oddalania się od tych miejsc. Przy stanach nieżytowych jamy nosowej lub zapalenia, pochodzącego ze strony jamy nosowej widoczne są skupienia osteomatów na ściance przyśrodkowej zatoki szczękowej, najwięcej przy foramen semilunare, które zanikają w miarę oddalania się. Błona śluzowa po nad temi osteomatami jest zgrubiała, nacieczona, czasem włóknikowo zwyrodniała lub w postaci tkanki ziarninowej; na powierzchni tejże napotyka się surowiczy lub ropny wysięk. Od kości błona śluzowa odstaje trudno, okostna jest albo mocno zgrubiałą, twardą, albo rozpulchnioną i silnie nacieczoną. Przy badaniach mikroskopowych, dokonanych nad wyściółką widzimy niekiedy miejscami nabłonek zachowany i mało zmieniony. W miejscach, w których jest wysięk lub ropa zgęstniała, nabłonek jest zupełnie zniszczony. W tych miejscach powstają owrzodzenia z nieco infiltrowanem dnem. Pod nabłonkiem pas tkanki łącznej, dość mocno nacieczonej białemi ciałkami krwi. Głębiej luźna tkanka łączna, składająca się z długich cienkich pęczków, w rodzaju siatki. Oczka tej siatki napełnione płynem surowiczym i poczęści krwią. Najgłębsza warstwa — właściwa okostna zawiera obfitą ilość ognisk nacieczonych z dużą ilością no-

wopowstałych naczyń krwionośnych, miejscami tłuszczowo zwyrodniałych. Jeszcze jeden objaw charakterystyczny obserwuje się na kości. W warunkach normalnych prawie zupełnie nie można zauważyć kanalików, przez które przedostają się naczynia z zatoki szczękowej do wyrostka zębodołowego i zębów, natomiast przy sprawach zapalnych przewlekłych, pochodzących od zębów, lub przy parodontozie widoczne są skupienia dość szerokich nowopowstałych kanalików dla naczyń krwionośnych, łączących przyczynowe ogniska przyzębne lub w wyrostku zębodołowym przy parodontozie i gingivitis. Te zmiany patologiczne w zatoce szczękowej, mające charakter zapalenia przewlekłego, nie zdradzają niczem swego istnienia; będąc miejscami o najmniejszej odporności, mogą przejść w stan zapalny ostry, wysiękowy, ropny i bywają trudne lub prawie niemożliwe do opanowania bez usunięcia pierwotnej przyczyny w postaci zębów martwych, lub zębów wokoło których powstały głębokie kieszonki, wypełnione patologiczną tkanką ziarninową. Niekiedy w zatoce szczękowej widoczne są wrośnięte torbiele, ziarniniaki z otoczką tzw. stabilizowane lub ziarniniaki bezotoczkowe, czynne. W tych przypadkach wyściółka silnie zmieniana, bywa patologicznie. Miałem jeden przypadek ziarniniaka uległego petryfikacji.

Związek austrjackich stomatologów.

Ogłoszenie konkursu.

W związku z mającym się odbyć w dniach 2—8 sierpnia 1936 w Wiedniu IX Międzynarodowym Kongresem Dentystycznym, złożyła Firma G. A. Scheid do dyspozycji Związku austrjackich stomatologów kwotę 1000 S. za najlepsze prace w dziedzinie zębolecznictwa. Związek przyjął tę propozycję i podzielił tę kwotę na 3 nagrody tj. 500 S., 300 S. i 200 S.

Warunki brania udziału w konkursie:

1. Przyjęte będą te prace do konkursu, które zostaną złożone do 15 lipca w Związku austr. stomat. Wien I. Hoher Markt 4.

2. Prace mają dotyczyć tematów z całokształtu zębolecznictwa.

3. Wniesiona praca nie może być cofnięta, autor zaś obowiązuje się pozostawić ją do jednorazowego umieszczenia w „Zeitschrift für Stomatologie". Prace należy pisać jednostronicowo, gotowe do druku, na maszynie jeden egzemplarz i dwa przez kalkę.

4. Prace wnosi się anonimowo, zaopatrzone hasłem. Nazwisko i adres autora, załącza się w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem hasłem.

5. Zarząd Związku będzie sędzią konkursowym i dokooptuje wybitnych krajowych i zagranicznych kolegów.

Dr. H. Eiffinger
generalny sekretarz.

Doc. Dr. B. Spitzer
prezes.

Dr. A. PACHNER CHRUDIM (Czechsłowacja)

OCHRANIACZ IGŁY INJEKCYJNEJ.

Protège-canule.

Nadelschutz für Injektionsnadeln.

Doc. pol. 48.2 : 48.3 Doc. int. 616 314 089.5x7

Przypadki z obcej praktyki skłoniły mnie do ponownego podjęcia tematu, o którym miałem sposobność już obszernie pisać. Odnośne piśmiennictwo wzbogaciło się od tego czasu o próby wykluczenia wypadków złamań igły. Wszyscy zgadzają się z tem, że zabieg tak prosty, jak zastrzyk mandybularny, może wskutek zbiegu okoliczności, niezależnych od sumienności i zręczności operatora, stać się źródłem poważnych przykrości. Z kół specjalistów zażądano nawet zgoła kategorycznie (Trebitsch) zrzeczenia się znieczulania mandybularnego spowodu groźnego niebezpieczeństwa złamania igły.

Coraz liczniejsze są ostatnio wypadki wytaczania przez chorych spraw sądowych, spowodu rzeczywistych lub urojonych wypadków przy wykonywaniu czynności lekarskich, a że walna część tych sporów toczy się u granic ustawy karnej, brak lekarzowi dostatecznej ochrony przed odpowiedzialnością cywilną lub nawet karną. Już dlatego, pomijając nawet ze zrozumiałych przyczyn imperatyw etyki lekarskiej, zasługuje na uwagę nierozwiązana dotąd kwestja ochrony lekarza przed skutkami złamania długich igieł.

Przedewszystkiem musimy sobie uzmysłowić przyczyny i mechanizm łamania się igieł. Słusznie zupełnie podkreślił B r a u n, że igły nie łamią się z jednej wyłącznie przyczyny, ale że z reguły działa tu zespół kilku czynników w różnych kombinacjach.

Przyczyny łamania się igieł:

1. N i e o d p o w i e d n i a m e t o d a z a s t r z y k u. Jest nią każda metoda wymagająca bocznego ruchu igły, tkwiącej w tkance, zwłaszcza w mięśniach. I tak np. jest nią metoda S e i d l a,, wymagająca przemieszczenia strzykawki w stronę przeciwległego dwuguzkowca, w przeciwieństwie do metody L e v i t t a, według której wnikamy ostrzem igły wprost do miejsca, gdzie chcemy roztwór zdeponować; igła więc podlega sile jedynie longitudinalnie. Należy też tu wymienić zastrzyki wykonane ręką niewprawną. F i s c h e r uważa odpowiednio bezpieczną metodę za najlepszą ochronę.

2. *W a d l i w y l u b n i e o d p o w i e d n i m a t e r j a ł i g ł y.* Czem jest stal twardsza, tem bardziej jest krucha. Tzw. stal specjalna ulega łatwo korozji właśnie w miejscach, gdzie ryzyko łamliwości jest największe, czyli tuż koło obsadki. Tu właśnie w obecności elektrolitów powstaje korozja, częściowo skutkiem stykania się dwuch różnych metali, częściowo zaś z przyczyn mechanicznych, gdyż wyładowuje się napięcie elektryczne między rozmaicie zgęszczonemi warstwami stali. Na przyśpieszenie tych procesów mają niewątpliwy wpływ nasze metody dezynfekcyjne, nie wyłączając sterylizacji gorącem powietrzem.

Najmniejszą łamliwość wykazują igły ze stali nierdzewnej — (bardzo dogodna jest marka „Anticorro" huty Poldi) a to z dwóch przyczyn:

a) prawie nie ulegają korozji,

b) stal ta jest bardzo zbita, odporna na złamanie i skręcenie i nie jest krucha.

Jedyną niewygodną stroną tego materjału jest jego miękkość, igła stępia się więc szybciej, niż zwykła stalowa. Anticorro jest pod tym względem lepsza, niż Kruppa V 2 A.

Dosyć rzadko może także skaza w materjale być przyczyną złamania, chociaż przemawiałby przeciw temu fakt, że igły łamią się zawsze w swem ulubionem miejscu.

Przed każdym zastrzykiem poleca Moral wypróbować giętkość i nieskazitelność igły.

3. *Z b y t c i e n k a i g ł a.* Ten warunek łamliwości należy uwzględnić z zastrzeżeniami. Poglądy są tu rozbieżne, chociaż wzgląd na to, że grubsza igła łatwiej opiera się mechanicznemu naciskowi i korozji, przemawia za używaniem igieł nie zbyt cienkich ok. 0,6—0,7 mm grubości.

4. *Z b y t c i a s n e* światło kanuli tworzy w miejscu zwężenie hypomochlion. Przy wolniejszym wylocie może igła do pewnych granic poruszać się odpowiednio do bocznych ruchów strzykawki, nie uginając się nad brzegiem stożka.

N a g ł y r u c h c h o r e g o, czyto ruch głowy, jako odczyn na bolesne ukłucie, lub odruchowy ruch języka, starający się odsunąć strzykawkę. Wskazane jest zwrócić choremu uwagę na konieczność zachowania bezwzględnego spokoju. Koniecznie używać tylko ostrych igieł. Mylne jest twierdzenie, że zastrzyk igłą grub. 0,6—0,7 mm jest boleśniejszy, niż igłą cieńszą.

Aby ustrzec się od odruchu języka, poleca Stoebe używanie

łopatkowego ochraniacza z nierdzewnej stali, sięgającego do połowy długości igły.

Niewątpliwie operator zapobiegliwy zmniejszy ryzyko złamania się igły; nie uda mu się jednak zupełnie wyeliminować niebezpieczeństwa. Gdy więc nie można z całą pewnością zapobiec złamaniu, to niewątpliwie bardzo jest celowe pamiętać przy każdym zastrzyku z igłą długą o tem, aby fragment nie mógł zniknąć pod powierzchnią błony śluzowej, skąd można go wydostać jedynie chirurgicznie i często z dużem ryzykiem. Dlatego polecano specjalne urządzenie, opierające się na zewsząd potwierdzonem doświadczeniu, że igła łamie sią z reguły w miejscu, w którem występuje z obsadki. Niema przypadku w literaturze, w którym igła złamałaby się w innem miejscu (Rust) [1]). Chodzi więc o takie urządzenie, któreby zapobiegało podczas zastrzyku zanurzeniu się igły aż po sam stożek. Na tych przesłankach skonstruował Fischer swą „Knopfnadel", igłę z guziczkowatem zgrubieniem, umieszczonem kilka milimetrów nad wylotem stożka. Peters zaproponował przylutowanie cynowej perełki, inny autor zaś blaszanej płytki do igły, około 3 mm nad predylekcyjnem miejscem złamania.

Mimo, iż urządzenia te oparte są na słusznych założeniach teoretycznych, mają wspólną wadę w tem, że igła taka posiada dwa hypomochlia, jedno u brzegu obsadki, drugie tam, gdzie igła zgrubiona została urządzeniem ochronnem, które przy zanurzeniu igły zostaje ustalone powierzchnią przekłutej tkanki. Niema tu pewności, że igła nie odłamie się tuż nad przymocowanym ochraniaczem. Pozatem należy pamiętać o tem, że lutowaniem osłabia się struktura stali, zaś kombinacja cyny i stali stwarza warunki dla korozji.

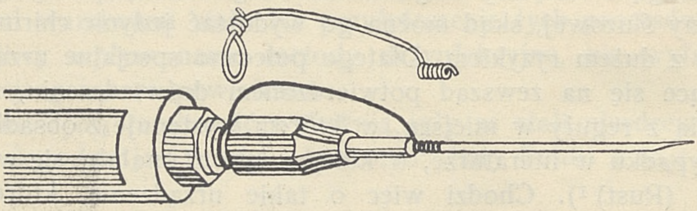
W rozważaniach nad powyższem doszedłem do wniosku, że ochraniacz mający zapewnić wystawanie fragmentu nad powierzchnią błony śluzowej, nie powinien naruszać struktury stali, ułatwiać korozję, ani przenosić możliwość złamania z miejsca predylekcyjnego do strefy równie niebezpiecznej, lecz pozostawić je dystalnie za ochraniaczem.

Warunkom tym odpowiada ochraniacz, który właśnie polecam i który okazał się dobrym w licznych doświadczeniach oraz w praktyce niektórych kolegów.

---

[1]) Znanych mi jest kilka wypadków, w których igła injekcyjna złamała się w pobliżu swego środka. Przypisek Cieszyńskiego.

Ochraniacz wyrabia się z kawałka miękkiego drutu, srebrnego lub złotego, 0,4 mm grubego, lub ze stali nierdzewnej. Jeden koniec zginamy w kształt zamkniętej pętli, którą przykręcamy do strzykawki podstawą stożka z nasadzoną igłą, a koniec bliższy owijamy dokoła igły 5—6 skrętami spiralnemi nad wylotem stożka, jak wskazuje rycina.



Ryc. 1. Ochraniacz przed złamaniem igły injekcyjnej.

W razie złamania się igły, wystaje z błony śluzowej kawałek fragmentu, za który chwyciwszy, łatwo fragment wydostaniemy. Płaskoszczypy lub silne szczypczyki należy przygotować przed każdym zastrzykiem.

Wystawa przemysłu dentystycznego

urządzona podczas VII. Zjazdu Stomatologicznego w Warszawie (XI. 1935).

Protokół posiedzenia Komisji Sędziowskiej.

W dniu 2 listopada 1935 r. Komisja Sędziowska w osobach: Prof. Cybulskiego (przewodniczący), Prof. Zeńczaka, Doktora Allerhanda oraz Lekarzy Dentystów Essigmana i Gombińskiego po zbadaniu i obejrzeniu eksponatów wystawionych postanowiła przyznać *dyplomy honorowe:*

1. Firmie „DENS“ za długoletnią pracę nad wytwórczością krajową,
2. firmie „ALRO“ za wprowadzenie krajowych artykułów dentystycznych.

Listy pochwalne firmom:

1. „EDEKO“,
2. „W. SWIATŁOWSKI“,
3. „DENTAN“,
4. „DOBRZAŃSKI“ (Lwów).

Podpisano: W. Cybulski, M. Zeńczak, H. Allerhand, S. Essigman, I. Gombiński.

Warszawa, dn. 2/XI. 1935.

Dr. med. H. LAJCHTER ŁÓDŹ

Z KAZUISTYKI ZAKAŻEŃ OGNISKOWYCH[1]).

Casuistique de la septicéme orale.

Zur Kasuistik der „Oral-Sepsis“.

Doc. pol. 30.11 Doc. int. 616.94

Zaledwie od kilkunastu lat daje się zauważyć w świecie lekarskim większe zainteresowanie patologją jamy ustnej. Zawdzięczamy to epokowym doświadczeniom amerykańskim w klinice braci Mayo w Rochester, gdzie Billings, Rosenow i inni wykazali na licznych eksperymentach, że zmiany chorobowe okołozębowe mają niewątpliwy wpływ na inne narządy a także na cały organizm zwierzęcia, a tem samem i człowieka. Schorzałe tkanki okołozębowe ludzi z określoną chorobą przeszczepiali pod skórę zwierzętom (psom, kotom). Te zwierzęta po pewnym czasie zapadały na to samo cierpienie, które miał człowiek z wspomnianem ogniskiem okołozębowem. A więc drobnoustroje czy toksyny, zawarte w ognisku okołozębowem człowieka, wywoływały u zwierzęcia identyczne schorzenia, co u człowieka. Mamy więc dowód oczywisty związku sprawy zębowej z resztą ustroju. Tego rodzaju oddziaływanie ognisk nazwano ogniskowem zakażeniem względnie zakażeniem ustnem — „oral-sepsis“. Pod tą nazwą występują też zakażenia, pochodzące od chorych migdałków lub jam szczękowych.

Zdawałoby się, że taki wzajemny wpływ narządów nie wymaga udowodnienia, skoro migdałki czy zęby są częścią jednego i tego samego ustroju, prawdopodobnie istnieć będzie wzajemne oddziaływanie w stanie fizjologicznym, a tembardziej, gdy następuje zachwianie równowagi w patologicznym stanie. A jednak widzimy, że trzeba było wieków na to, by takie oczywiste prawdy dotarły do świadomości ogółu lekarzy. Niestety, trzeba dodać, że dziś jeszcze nierzadko spotykamy ze strony wielu lekarzy jakgdyby pewnego rodzaju ignorowanie spraw zachodzących w jamie ustnej. Uważam więc za wskazane jaknajczęstsze publikowanie faktów niewątpliwej zależności chorób jamy ustnej od schorzeń organizmu ludzkiego

[1]) Referat, wygłoszony na VII Zjeździe Stomatologicznym w Warszawie d. 1. XI. 1935.

Pozwalam sobie na przytoczenie 15 przypadków „ogniskowego zakażenia“, 4 przypadki dotyczą schorzeń w stanie ostrym, reszta w stanie przewlekłym.

Przypadek I. Dr. D. zachorował we wrześniu 1931 r. Objawy: *podwyższona ciepłota powyżej 38⁰*, utrzymująca się przez *6—7 tygodni, bóle nieokreślone brzucha;* po kilku dniach wystąpiła *żółtaczka.* Kilkakrotne konsylja kolegów - lekarzy nie mogą ustalić rozpoznania. Wszelkie możliwe badania moczu i krwi również nie wyjaśniały sprawy. Po 6—7 tygodniach jeden z internistów zaproponował zbadanie jamy ustnej, której stan był wprost fatalny: *duża ilość zniszczonych korzeni zębowych i kilka przetok dziąsłowych.*

Przystąpiłem do sanacji jamy ustnej. Po 5-ciu dniach — po III-iem posiedzeniu, a więc usunięciu większości korzeni zębowych, ciepłota spadła prawie do normy, żółtaczka ustąpiła, samopoczucie pacjenta, dotychczas bardzo złe, poprawiło się znakomicie i kolega ten wrócił do normalnych zajęć, nie dokończywszy sanacji jamy ustnej.

W przypadku II-im — zostałem wezwany do szpitala do p. S. L., lat 33. Pacjent chorował prawie *od 3-ch miesięcy.* Jedynemi objawami były: *stale podwyższona temperatura, nierzadko do 40⁰* — typu continua, często *bóle głowy i znaczne osłabienie.* Objektywnie żadnych poważniejszych zmian nie znaleziono. Wszelkie badania laboratoryjne (również na odczyn Widala) nie dawały podstawy do rozpoznania choroby. Badanie jamy ustnej wykazało w dolnej szczęce *4 siekacze rozchwiane,* otoczone głębokiemi, *zropiałemi kieszonkami dziąsłowemi.* Po dłuższym czasie wahania zgodził się pacjent na usunięcie tych czterech zębów. Po kilku dniach ciepłota zaczęła opadać i pacjent bardzo szybko wrócił do zupełnego zdrowia.

Przypadek III. dotyczy p. L. G., lat 35. W pierwszych dniach maja rb. zostałem wezwany do pacjenta, który przechodził 2 tygodnie wcześniej operację guzów krwawicowych (hemoroidów). Gojenie pooperacyjne odbywało się normalnie, tak, że pacjent od 4-ch dni był już wypisany z kliniki. Nazajutrz po przybyciu do domu zaczął *gorączkować — do 38,1⁰.* Samopoczucie przytem zupełnie dobre. Nie odczuwa żadnych bólów. Rana pooperacyjna zgojona. Internista nie znalazł żadnych zmian chorobowych w zakresie swej specjalności. W jamie ustnej w okolicy zęba 5. stwierdzam *prze-*

tokę i niebolesne, nieduże wypuklenie przy szczycie korzenia. Po usunięciu zęba i wyłyżeczkowaniu ogniska przywierzchołkowego nastąpiło obniżenie ciepłoty, która jednak znów się podniosła po 3-ch dniach. Wobec mego wyjazdu wezwano innego kolegę, który znalazł u pacjenta *jeszcze jedno ognisko chorobowe nad innym zębem.* Dopiero po jego usunięciu nastąpiła zupełna poprawa.

Przypadek IV. Pacjentka G. P., lat 33 — *rodziła* przed 9 tygodniami i od tej pory *gorączkuje (do 40°)* pomimo stosowania wszelkich środków leczniczych. Zwrócono uwagę, że chora już w dniu porodu miała wysoką ciepłotę, a więc nie można tej gorączki kłaść na karb zakażenia połogowego, i szukano innego źródła. Wszelkie badania kliniczne i laboratoryjne nie dawały wyniku zadawalającego. Po 9-ciu tygodniach choroby przeprowadziłem badanie jamy ustnej i znalazłem w górnej lewej szczęce przetokę *zropiałej torbieli* wielkości orzecha włoskiego, pochodzącą z bardzo zniszczonego przedtrzonowca. Okazuje, się, że ta okolica dolegała chorej tuż przed porodem, był nawet obrzęk policzka. Pomimo mego nalegania, by usunąć to podejrzane ognisko, rodzina nie zgodziła się. Pacjentka chorowała jeszcze 2 tygodnie, zanim nastąpiło zejście śmiertelne.

W tym przypadku możnaby twierdzić, że jedyną przyczyną choroby była zropiała torbiel. Tłumaczę sobie przebieg sprawy w ten sposób, że albo mieliśmy tu do czynienia z zakażeniem bezpośrednio pochodzącem od tego ogniska — albo też ognisko to zakaźne spowodowało zakażenie dróg rodnych, wywołując pośrednio zakażenie połogowe.

Przechodzę teraz do opisu przypadków przewlekłego zakażenia, aczkolwiek przypadek kolejno piąty możnaby umieścić na pograniczu ostrego i przewlekłego zakażenia. Idzie tu o panią W. lat 40-kilka. Od przeszło 3-ch tygodni choruje na *pokrzywkę,* która pokrywa skórę całego ciała. Wykwity pokrzywki znikają na jednem miejscu po godzinie lub dwu, a niektóre jeszcze prędzej, by wnet pojawić się na innem miejscu. Pokrzywka ta ogromnie dokucza chorej swędzeniem, pozatem chora odczuwa przykre *bóle,* umiejscowione — według słów chorej — w *głębi klatki piersiowej i brzucha.* Ciepłota od początku zachorowania stale na poziomie *37,3°*. Ordynujący lekarz przeprowadził wszelkie badania w kierunku odnalezienia źródła choroby. Wkońcu

polecił zbadać jamę ustną. Stwierdziłem ropotok zębodołowy, przyczem podostry stan zapalny przyzębia wokoło jednego z trzonowych zębów — z *powiększeniem gruczołów podszczękowych*. Subjektywnie nieznaczne *bóle* lokalne, *promieniujące do ucha*. Nazajutrz po usunięciu zęba nastąpiła znaczna poprawa: pokrzywka zaczęła znikać. Ciepłota utrzymywała się jednak nadal — nieco podwyższona. Straciłem potem kontakt z chorą i — niestety — nie znam dalszych losów tego przypadku.

Przypadek VI. Pacjentka S. I., lat 38 — cierpiała przez 3 lata; miewała stale *bóle głowy*, narzekała na *ogólne osłabienie*, a najbardziej deprymująco działała na chorą i otoczenie stale podwyższona temperatura, dochodząca do *37,5⁰*. Interniści w kraju po wyczerpaniu wszelkich możliwych środków leczniczych — byli bezradni. Chora zgłosiła się zagranicą do znanego internisty, który polecił usunąć 12 zębów. Muszę przyznać, że zaledwie część z nich miała p/g roentgenogramów niewielkie *zmiany przywierzchołkowe*, a reszta zębów o żywej miazdze tkwiła w zębodołach, które wykazywały niezbyt znaczny *zanik wyrostków*. Klinicznie: *kieszonki dziąsłowe* o nieznacznej głębokości ze *skąpą wydzieliną ropną*. Po usunięciu tych 12-tu zębów — nastąpiła poprawa stanu ogólnego w tempie nader powolnem, dopiero po 8 miesiącach nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przypadek VII. Adwokat W., lat 30-kilku — od szeregu lat cierpiał na *bóle głowy*. Przed każdą rozprawą sądową zmuszony był przyjmować środki uspakajające. Te nader częste bóle głowy doprowadziły go do stanu niebywałego zdenerwowania i rozdrażnienia, którego nie mógł opanować. Do mnie zgłosił się po raz pierwszy w listopadzie 1933 r. spowodu *zropienia torbieli*, pochodzącej z pozostawionej *resztki korzenia zęba 5*. Po nacięciu ropnia pacjent nie chciał się zdecydować na usunięcie korzenia. Toteż zjawił się po pół roku powtórnie i znów nastąpiło tylko nacięcie. Od tej pory aż do lutego rb. były nawroty 5 razy, dopóki chory zgodził się na radykalny zabieg. Sam zwrócił uwagę na fakt, że po każdorazowem nacięciu ropnia — nadzwyczajnie się poprawiało jego samopoczucie i za każdym razem znikały na pewien czas bóle głowy. W 2 miesiące po ostatnim zabiegu widziałem chorego, który podał, że prawie zupełnie nie cierpi na bóle głowy i wyśmienicie się czuje, będąc przekonanym, że zawdzięcza to usunięcie ogniska ropnego w szczęce.

Przypadek VIII. Pani A. P., lat 38, podaje, że kilka lat. prawie codziennie o określonej godzinie (5-ej po poł.) zaczynają się *promieniujące bóle* (pacjentka określa je mianem: strzykania), rozpoczynające się w *okolicy łuku jarzmowego lewego* i idące do góry i wokoło brzegu oczodołu. Dawniej musiała zażywać środków narkotycznych, ale zczasem oswoiła się z temi bólami. O ile tylko mogła — starała się w spokoju i pozycji leżącej przetrwać, czasami stosowała zimny okład. Taki „napad“ bólów trwał godzinę, rzadko zaś dłużej niż 2 godziny. Do mnie skierował ją lekarz-dentysta, celem przeprowadzenia odcięcia wierzchołka w lewym górnym małym siekaczu, spowodu *ziarniniaka* i *ropnego wysięku z przewodu*. Operację wykonałem w połowie lipca rb. Po kilku tygodniach chora zawiadomiła mnie, że od tego czasu nie miała ani razu swych charakterystycznych bólów.

Przypadek IX. Pacjent L. S., lat 43-ch, leczył się u mnie na *ropotok zębodołowy*. Usunąłem kilka najbardziej rozchwianych zębów, dokonałem wycięcia dziąsłowych kieszonek (gingivectomia). Pacjent sam spostrzegł, że od czasu przeprowadzenia tych zabiegów znacznie się *poprawiło jego samopoczucie*, a co najważniejsza — *przestał cierpieć na bóle głowy*, które mu od wielu lat dokuczały tak, że bardzo często nie mógł obejść się bez środków antineuralgicznych.

Przypadek X. P. R., lat 35, cierpi na *bóle głowy*, które trwają nagół kilka lat, ale od 2—3 tygodni bóle stawały się gwałtowne. Obejmują głównie *potylicę* i *skroń* po stronie lewej. Stale znajduje się pod obserwacją kilku lekarzy: internisty i neurologa. Kilkakrotnie była badana przez kilku laryngologów, którzy żadnych zmian w zatoce szczękowej nie znaleźli i skierowali do mnie. Stan jamy ustnej prawie bez zarzutu. Jedynym punktem zaczepnym, że się wyrażę, jest drobna ilość wydzieliny *ropnej z kieszonki dziąsłowej ponad niewykłutym zębem mądrości* lewym górnym. Roentgenogram wykazuje, że ząb ten jest położony *poziomo* — pod kątem prostym do reszty górnych zębów i korzenie ma jakby splecione z korzeniami zęba sąsiedniego. Przy próbie usunięcia tego zęba, wobec niezwykłych trudności, byłem zmuszony usunąć i drugi trzonowy ząb. Początkowo gojenie przebiegało względnie prawidłowo, dopiero po *10 dniach* pojawiły się *gwałtowne bóle i podwyższona ciepłota*. Rana pooperacyjna była czysta, a jednak nastąpiło ropne

zapalenie zatoki szczękowej. Po kilku przepłukiwaniach gwałtowne bóle ustąpiły, ale bóle głowy, analogiczne do tych, na jakie cierpiała od kilku lat, uporczywie trwały. Jednakowoż, stopniowo — po kilku miesiącach — bóle głowy stawały się coraz słabsze i rzadsze. Ostatnio widziałem chorą po 6-ciu miesiącach po operacji. Uważa ona, że już się prawie wyleczyła z bólów głowy, które występuje raz na miesiąc i to niezbyt intensywnie.

W tym przypadku istnieje niewątpliwie związek między bólami głowy, które przed zabiegiem trwały lata i tuż przed zabiegiem były bardzo silne, — a po zabiegumoim, po którym — aczkolwiek nie odrazu — nastąpiła poprawa. Do rozstrzygnięcia pozostaje tylko pytanie, *czy za ognisko zakaźne należy uważać kieszonkę przyzębną* czy *też zatokę szczękową,* która była przed zabiegiem kilkakrotnie badaną przez laryngologów oraz radjologicznie i nie wykazywała zmian chorobowych, a dopiero po moim zabiegu nastąpiło zropienie. Muszę podkreślić, że to zropienie nie nastąpiło per continuitatem z rany pooperacyjnej, gdyż tam gojenie odbywało się prawie zupełnie prawidłowo; jedynie jeden drobny martwik wydzielił się z rany — niezropiałej — po 2 tygodniach. Przyznaję się, że nie umiem wytłumaczyć sobie faktu zropienia zatoki szczękowej. Najważniejszem jest to, że efekt operacji okazał się zadawalający.

P r z y p a d e k XI. Pani H. K., lat 30-kilku została skierowana do mnie celem dokonania *odcięcia wierzchołków kła i przedtrzonowca,* które już 3 razy w odstępie 2 lat powodowały ostre zapalenie okostnej. Roentgenogramy wykazują niewielkie wprawdzie ziarniniaki, ale wobec tego, że leczenie zachowawcze tych zębów przeciągało się, bo hermetyczne zamykanie przewodów powodowało bóle, zapadło postanowienie operowania tych zębów. W przypadkowej rozmowie pacjentka wspomniała, że cierpi bardzo często na tzw. *migreny,* które zmuszają ją do przebywania w łóżku w pokoju o przyćmionem świetle — czasami do dwóch dni. Bywają okresy, trwające nawet po kilka miesięcy, że jest zupełnie zdrową. Napady tej migreny nie są zależne ani od pory roku ani od miejsca jej przebywania (chora często podróżuje). Wyjaśniłem pacjentce, że znane są przypadki zależności tego rodzaju cierpienia od ognisk przywierzchołkowych, prosząc, by po niejakim czasie po zabiegu dała mi znać, o ileby i w tym wypadku nastąpiło polepszenie. I rzeczywiście, po 14 miesiącach zawiadomiła mnie, że czuje się szczęśliwą, gdyż ani razu od chwili operacji nie miała migreny, co też znako-

micie poprawiło jej stan nerwów, które przed zabiegiem były stale pobudliwe.

P r z y p a d e k XII. Pani S. R., lat 40-tu, miewała od 10 lat *okresy depresji,* trwające po kilka tygodni. O ile w czasie normalnego stanu psychicznego bywała poświęcającą się, przesadnie czułą matką jedynego syna i żoną, o tyle w czasie tych kilku tygodni zupełnej apatji, a nawet melancholji — dom i otoczenie przestawały ją interesować. Całe dnie mogła spędzać, siedząc bezczynnie przy oknie i bezmyślnie wyglądając na ulicę. Noce spędzała przeważnie bezsennie, gdyż z trudem dawała się namówić na użycie środka nasennego. Do mnie sprowadziło ją ostre zapalenie okostnej, pochodzące od zniszczonego zęba. Ponieważ stan jamy ustnej wymagał sanacji, zgodziła się na stopniowe usuwanie z n i s z c z o n y c h k o r z e n i z ę b o w y c h.

W 3 lata potem dowiedziałem się od chorej, że od tej pory jest zupełnie zdrową, a przypisuje to najwyraźniej doprowadzeniu jamy ustnej do porządku.

P r z y p a d e k XIII. Podobny przypadek miał miejsce u p. S. A., która w czasie porodu dostała ostrej *psychozy*. Pacjentka, która przed porodem była opanowaną i nie odznaczała się specjalną nerwowością, obecnie stała się *gwałtowną,* były chwile, że chciała wyskoczyć oknem, chciała bić swoje niemowlę, a o karmieniu nawet mowy być nie mogło. Stan ten stopniowo stawał się przewlekłym. Do mnie przyprowadzono chorą na zlecenie neurologa w 7 miesięcy po porodzie. Pacjentka była u mnie dość spokojną, tylko bezustannie powtarzała, że musi umrzeć, że dla niej niema ratunku. *Jama ustna była w stanie zaniedbania.* Co kilka dni usuwałem *kilka* zniszczonych zębów, a raczej *korzeni.* I faktycznie — po miesiącu nastąpiła duża poprawa, tak, że pacjentka nie uważała za konieczne dokończenie sanacji jamy ustnej, twierdząc, że jest zupełnie zdrową.

P r z y p a d e k XIV. Pacjent L., lat 50-ciu kilku. Od tygodnia znaczny *obrzęk górnej wargi, obrzęk dziąsła i podniebienia.* Bóle dotkliwe, ciepłota ciała podniesiona. Stwierdzam *zropnienie torbieli górnej szczęki.* Po nacięciu od strony wargowej — obfita wydzielina ropna. Roentgenogram potwierdza istnienie torbieli, obejmującej okolicę od kła do kła i sięgającej wgłąb na podniebieniu do granicy miękkiego podniebienia. Po kilku tygodniach nastąpiła operacja sposobem Partscha I.

Pacjent ten cierpiał od 10-ciu lat na *bóle w „lewym boku"*. Codziennie po kilka razy miewał napady bólów. Leczył się u wybitnych powag zagranicznych, jednak rozpoznanie nie było ustalone; jedni twierdzili, że to *guz, inni rozpoznawali colitis spastica*. Wobec rozbieżności zdań pacjent nie zdecydował się na zabieg operacyjny, pomimo codziennych bólów. Naraz tego samego dnia, gdy dokonałem nacięcia torbieli, bóle w boku ustały. Pacjenta widziałem po 3 latach i przez ten czas nie narzekał na bóle w boku.

Przypadek ten opisałem już raz przy innej okazji, ze względu jednak na wyjątkową oczywistość zależności bólów w boku od ropnej torbieli w szczęce pozwoliłem sobie jeszcze raz przytoczyć.

Przypadek XV. Pacjent A. K., lat 14-tu — wyjątkowo niskiego wzrostu, *niedorozwinięty fizycznie i umysłowo*. Wygląd i zachowanie się dziecka lat siedmiu. Rodzice podają, że od kilku lat wypluwa często *z ust cuchnącą ropę* i że od czasu do czasu dostaje obrzęku twarzy. Okazuje się — *zropiała torbiel górnej szczęki* po stronie prawej w okolicy od IV-go do VIII-go. Operacji dokonałem w grudniu 1932 r. W marcu rb., a więc w niespełna $2^1/_2$ roku zjawił się ten pacjent z inną sprawą chorobową. I oto okazało się, że pacjent przez ten czas zmienił się nie do poznania: niebywale się *rozrósł*. Rodzice podają, że po mojej operacji zauważyli w chłopcu prawie szybką metamorfozę; zaczął szybko róść, zapałał chęcią do nauki. Już po roku zadziwiał wszystkich niesłychaną przemianą zewnętrzną i wewnętrzną. Jaskrawe wystąpienie tych zmian tuż po usunięciu ropnej torbieli nie ulega wątpliwości i przypadek ten należy uważać za klasyczny przykład wpływu ogniska zakaźnego na cały ustrój.

Opisane przypadki są zaledwie cząstką zjawisk, często obserwowanych w praktyce. Wybrałem tutaj tych chorych, u których miałem możność prześledzić prawie do końca dobroczynne skutki usunięcia zakaźnych ognisk w jamie ustnej.

Ponieważ uświadamianie szerokiego ogółu o grożących niebezpieczeństwach, kryjących się w pozornie niewinnych ziarniniakach, torbielach, kieszonkach dziąsłowych, migdałkach itd., wymaga ciągłego, bezustannego przypominania, toteż kończę wezwaniem do jaknajskrupulatniejszego obserwowania chorych, skarżących się w naszym gabinecie na dolegliwości pozornie nas nie obchodzące.

Prof. A. CIESZYŃSKI LWÓW

VII. Polski Zjazd Stomatologiczny w Warszawie.

Sprawozdanie.

W dniach od 1—3 listopada odbył się VII. Polski Zjazd Stomatologiczny, w którym wzięło udział przeszło 900 uczestników z całej Polski. Wysoka ta liczba tłumaczy się tem, że Zjazd odbył się w ośrodku Polski, w Warszawie, gdzie już na miejscu jest przeszło 1200 lekarzy dentystów i stomatologów, a następnie wzrastającem z roku na rok zainteresowaniem się pracami naukowemi naszego zawodu oraz wielką propagandą przeprowadzoną przez Komitet Organizacyjny i miejscowe Komitety w większych centrach polskich. Późna decyzja ze strony uczestników utrudniła komitetowi Organizacyjnemu orjentację co do udziału, tak że jeszcze w przeddzień Zjazdu nie spodziewano się więcej jak około 400. Dlategoteż wielka sala w Domu Techników przy ul. Czackiego, obrana na plenarne posiedzenia nie mogła pomieścić wszystkich uczestników Zjazdu i trudno się było wielkiemu zebranemu tłumowi przecisnąć w korytarzach i na wystawie przemysłowej oraz podczas pokazów. Zjazd zagaił przewodniczący Komitetu miejscowego, prof. dr. Hilary W i l g a, a uczciwszy pamięć Marszałka Piłsudskiego ogłosił otwarcie Zjazdu. Prezesami honorowymi Zjazdu wybrani zostali: przez aklamację: rektor Akademji Stomatologicznej prof. dr. Roman N i t s c h i prof. dr. Antoni C i e s z y ń s k i ze Lwowa, przewodniczącym zaś obrad doc. dr. Marjan Z e ń c z a k z Warszawy i dr. M a n c e w i c z z Wilna, sekretarzem naukowym: lekarz dentysta Jan G o m b i ń s k i, a sekretarzem generalnym Zjazdu: lekarz dentysta Stanisław B l o c h.

W gorących słowach rektor Akademji prof. dr. Roman N i t s c h powitał Zjazd, życząc pomyślnych obrad. Następnie przemówił prof. dr. Antoni C i e s z y ń s k i, jako przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych mniejwięcej słowami następującemi:

„Stan lekarzy-dentystów i stomatologów reprezentuje w Polsce blisko $^1/_3$ ogólnej liczby lekarzy.

Z postępującym kryzysem gospodarczym wzrasta liczba lekarzy-dentystów z roku na rok, wzrasta zarazem liczba ubezpieczonych w ubezpieczalniach społecznych, a równocześnie zwiększa się redukcja sił lekarskich w tychże instytucjach, na skutek tego stan ekonomiczny lekarzy-dentystów upada coraz bardziej. Wielu z nich nie ma nawet środków na utrzymanie rodziny. Kryzys gospodarczy zredukował tak dalece honorarja, że w wielu wypadkach nie pokrywają one ogólnych wydatków, związanych z utrzymaniem ordynacji. Stwierdzić należy wielki upadek ekonomiczny wśród naszego zawodu.

Jeżeli pomimo tego widzę jeszcze tutaj kilkuset kolegów zebranych, to przybyli oni tutaj pobudzeni chęcią uzupełnienia swoich wiadomości postępami dentystyki i stomatologji w latach ostatnich, a zarazem spełniając swój obowiązek solidarności koleżeńskiej i zawodowej.

Komitet organizacyjny obrał za tematy główne zjazdu o r g a n i z a c j ę s z k o l n e j d e n t y s t y k i, — a więc ten sam, który był przed 10 laty — niewątpliwie dlatego, że pragnął znowu przywrócić stan profilaktyki zębów w szkołach, który posiadaliśmy przed r. 1931. W tym roku bowiem ze wzglę-

dów oszczędnościowych znaczna liczba etatów lekarzy-dentystów szkolnych została zredukowana.

Wysunięcie jako tematu głównego zagadnień z protetyki nietylko ma na celu rozwiązanie i wyjaśnienie tego zagadnienia, ale równocześnie i cel drugi, uboczny, zaznaczenia ważności protetyki jako nauki i odróżnienia jej od techniki dentystycznej jako rzemiosła. Przed 3-ma tygodniami wykazał Zjazd niemiecki Lekarzy-Dentystów w Berlinie, który również główny nacisk położył na zagadnienia protetyki, niezbicie, że racjonalne wykonywanie protez nie może być oddane w ręce rzemieślników, tylko może być wykonane wyłącznie przez lekarzy specjalistów, o ile mają być uwzględnione warunki funkcyjne i biologiczne. Wobec takiego stanu rzeczy nie może być mowy o tem, ażeby protetyka jako taka mogła być oddana w ręce rzemieślników, którzy wiadomości potrzebnych lekarskich nie mogą nabyć w 2-letnich kursach uzupełniających.

Podczas obrad zjazdowych poruszony zostanie nader aktualny temat: Prądy nowe reformy studjów dentystycznych zagranicą.

Jak wiadomo w południowych krajach Europy Italji, Austrji, na Węgrzech, w Czechosłowacji, Jugosławji, Rumunji, mamy studja stomatologiczne od dawnych czasów. Na Wschodzie — w Rosji sowieckiej wprowadzono od r. 1921 również studja stomatologiczne, czyli że specjalizują się tam lekarze-dentyści tak samo jak lekarze innych specjalności po odbyciu podstawowych studjów lekarskich.

Tylko środkowa Europa i północna ma obecnie jeszcze odrębne studja dentystyczne, które trwają $3^1/_2$ roku w Niemczech, 4 lata w Polsce, 5 lat we Francji, Brytanji, 3 lata teorji i 2 lata praktyczne w Skandynawji. Ale we wszystkich tych krajach od szeregu lat zaznacza się wybitny ruch w kierunku pogłębienia studjów przyrodniczo-lekarskich. Większość tych krajów zmierza do wspólnych 3 lat wzgl. $3^1/_2$ roku ze studjami lekarskiemi — a następnie 3 lata kliniczne mają się odbyć w odrębnych studjach, by w ten sposób oszczędzić na czasie. O tem, żeby studja dentystyczne w przyszłości od początku były prowadzone jako studja osobne, żaden kraj nie myśli.

W Ameryce wyłoniła się z pośród 49 szkół dentystycznych już w roku 1925 osobna Komisja Dental Educational Counsil of America, która stawia te same wymagania dla dentystyki, co dla innych gałęzi medycyny i poleca propagandę tego zapatrywania fundacji Carneggi'ego i uwadze publiczności. Ten ruch postawienia dentystyki na równi z innemi specjalnościami lekarskiemi rośnie z roku na rok, z miesiąca na miesiąc. W Berlinie przed 4 tygodniami na Zjeździe poświęcono blisko godzinę podczas bankietu przemówieniom oficjalnym w tejże sprawie. To, co było dawniej, należy więc do przeszłości, a powoływanie się na obecne studja dentystyczne państw centralnej Europy należy uważać za anachronizm.

33 wykłady na tematy wolne i 12 referatów na tematy główne, obejmuje program VII. Zjazdu Stom. nie mówiąc już o licznych demonstracjach, które przedewszystkiem są przeznaczone dla kolegów z prowincji, którzy nie

mają bezpośredniego ciągłego kontaktu z Akademją Stomatologiczną w Warszawie.

Niewątpliwie każdy z kolegów znajdzie w obfitym programie zjazdu wiele tematów, które go specjalnie interesować będą i mam nadzieję, że z prawdziwym dorobkiem pod względem teoretycznym i praktycznym powróci do domu. Oby ten zjazd pod względem naukowym zadowolił życzenia wszystkich, przyczynił się do większego skonsolidowania naszego stanu i zawodu, przyniósł nam radość w naszych wysiłkach, ażeby zachęcił nas do dalszej pracy, dla dobra naszych pacjentów, dla dobra społeczeństwa, narodu i Państwa".

Następnie zabrali głos przedstawiciele głównych Zrzeszeń Odontologicznych.

Reprezentantka Związku Wileńskiego p. Piotrowska ofiarowała prof. Wildze, obchodzącemu jubileusz 35-letniej pracy naukowej, specjalny upominek w płótno oprawny opis miasta Wilna. — Poruczono Prezydjum Zjazdu wysłanie telegramu hołdowniczego Panu Prezydentowi.

W otwarciu Zjazdu wziął udział reprezentant Min. Opieki Społecznej; nie widzieliśmy natomiast reprezentanta Ministerstwa Oświaty. Akademję Stomatologiczną reprezentował rektor prof. Nitsch i trzech przedstawicieli katedr specjalnych; nie widzieliśmy natomiast 15-tu czy 12-tu profesorów wykładających inne gałęzie medycyny i nauki przyrodnicze w Akademji Stomatologicznej. Musieliśmy więc wysnuć wniosek, że profesorowie wykładający inne przedmioty medycyny mało się interesowali Zjazdem, co już zresztą widać było z programu. Nie spotkaliśmy się bowiem wśród prelegentów z nazwiskami wykładających w Akademji, a przecież właśnie tematy z pogranicza stomatologji wzbudziłyby niewątpliwie wielkie zainteresowanie wśród uczestników Zjazdu. Z gości zagranicznych widzieliśmy tylko dra von Osten-Sackena z Berlina, który zaproszony przez docenta Szepelskiego, przybył do Polski i jako Kurlandczyk odnosił się do kraju naszego i do ludności polskiej z wielką sympatją. W myśl programu, ogłoszonego w „Polskiej Stomatologji" w numerze 10/1935 główne referaty odbyły się w sali głównej przy ul. Czackiego, przyczem pierwszy wygłosił dr. von Osten Sacken na temat ogólnych schorzeń ustroju pochodzenia zębowego z koreferatem dr. Woltegera z Warszawy, który wywody swoje oparł na znanej czytelnikom „Polskiej Stomatologji" monografji dra Henryka Allerhanda. W dyskusji zabierali głos dr. Feliński, internista warszawski, którego przemówienia wysłuchano z wielkiem zainteresowaniem oraz prof. Cieszyński, który wskazał na znaczenie mierzenia ciepłoty przy chorobach zębów i wyciągania z niej wniosków. Dr. Szafran ze Lwowa mówił o organizacji szkolnej pomocy dentystycznej. Na temat podobny oraz o leczeniu uzębienia mlecznego, mówił w dniu następnym prof. Wilga i dr. Sadokierski.

Czas popołudniowy od 2—4. poświęcony był demonstracjom, urządzonym przy poszczególnych stolikach przez asystentów Akademji Stomatologicznej z zakresu protetyki i ortopedji szczęk. Demonstrujący nie szczędzili czasu i trudu, ażeby najdrobniejsze szczegóły wytłumaczyć i udzielić wyjaśnień na liczne stawiane zapytania. Z zamiejscowych demonstratorów widzieliśmy asystentów ze Lwowa: dra Tadeusza i Marję Owińskich, demonstrujących na bardzo instruktywnych odlewach gipsowych najróżniejsze systemy wkładów

złotych, bądźto samoistnych, bądźto służących za oparcie mostków. W oddziele chirurgiczno-stomatologicznym odbyły się demonstracje techniki injekcyjnej oraz ekstrakcji systemem prof. Meissnera i operacji torbieli i resekcji korzenia. Demonstracje te służyły przedewszystkiem dla pokazania uczestnikom sposobów używanych w Akademji Stomatologicznej a nie były pomyślane jako pokazy oryginalnych metod, demonstrowanych przez samych autorów.

Od 4—6. popoł. omawiano w 2 sekcjach referaty na tematy wolne przy wielkiem zainteresowaniu uczestników Zjazdu. Na wyróżnienie zasługują wykłady: z protetyki pp. kol. Galasińskiej-Landsbergerowej, Tadeusza Owińskiego, z patologji dr. Eugenjusza Mancewicza z Wilna i dra Leichtera, z dentystyki zachowawczej dr. M. Owińskiej i dr. Gorczyńskiego ze Lwowa (O durosimie i o tiranalu), doc. dr. Szepelskiego, Srebro koloidalne w stomatologji, z ortodoncji doc. dr. Zeńczaka (zob. Przegl. dent.) i A. Grzybowskiej, o polokainie dr. Jarząba i dr. M. Jankowskiego, dr. Czortkowera z zakresu antropologji.

W trzecim dniu Zjazdu zajęły całe przedpołudnie referaty prof. Cieszyńskiego ze Lwowa. Najpierw dwa wykłady z zakresu statyki, w których autor przedstawił wyniki swych najnowszych badań, wskazując na znaczenie ich dla ortopedji i protetyki (zob. „Polska Stomatologja" 1935, Nr. 11/12). Trzeci wykład prof. Cieszyńskiego był na temat *„Nowe prądy zagranicą w reformie studjów stomatologicznych"*, w którym wykazał opierając się na wynikach ankiety oraz szeregu spostrzeżeń poczynionych podczas pobytu zagranicą i wśród dyskusji z najwybitniejszymi przedstawicielami nauki zagranicą, że cały Zachód dotychczas opierający się na studjach autonomiczno-dentystycznych doszedł do przekonania, że bezwarunkowo należy rozszerzyć wiadomości z zakresu medycyny, nauk przyrodniczych i stworzyć w ten sposób solidną podstawę dla przyszłej specjalizacji. Pełne studja lekarskie stanowią już obecnie conditio sine qua non dla specjalizacji stomatologji w Italji, Austrji, na Węgrzech, w krajach słowiańskich w Jugosławji, Czechosłowacji, Rosji oraz zaprzyjaźnionej Rumunji. Niemcy a z niemi i kraje północne, zachodnie dążą również do rozszerzenia programu studjów a przynajmniej do wspólnych 3 lat studjów ze studentami medycyny, jeżeli względy polityczne nie dozwolą na dalsze rozszerzenie ich odpowiednio do krajów południowych i wschodnich.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych postanowiła pozostawić wolną rękę autorom co do umieszczenia referatów, a pisma warszawskie wyraziły gotowość drukowania streszczeń poszczególnych referatów. Dlategoteż czytelników naszych odsyłamy do pism warszawskich, jeżeli chodzi o szczegółowe orjentowanie się w wygłoszonych referatach. Polska Stomatologja zaś ograniczy się tylko do wydrukowania ważniejszych referatów wygłoszonych w skróceniu przez prelegentów ze Lwowa oraz referatów kilku prelegentów z innych części Polski. Wobec wielkiego materjału, który Redakcja Polskiej Stom. ma już obecnie w swej tece redakcyjnej, sposób ten przyczyni się najlepiej do propagandy także innych polskich pism dentystycznych i umożliwi równocześnie autorom drukowanie artykułów niezwiązanych ze Zjazdem w „Polskiej Stomatologji".

Bardzo okazale przedstawiała się urządzona podczas Zjazdu wystawa przemysłowa, na której widzieliśmy cały szereg przyrządów i aparatów wytworzonych już w Polsce oraz materjałów dentystycznych.

Wielkie zainteresowanie się wygłoszonemi referatami, demonstracjami i wystawą, wytrwanie aż do samego końca na sali wykładowej świadczy najlepiej o tem, że istnieje żądza i głód wiedzy w zawodzie naszym, które należy zaspokoić. Przypuszczam, że bardzo przychylnie zostałyby przyjęte kursy 3 lub 4-dniowe, urządzane przez grupę prelegentów w najróżniejszych centrach polskich także w międzyczasie między głównemi Zjazdami polskiemi, na których by wykładano specjalnie te tematy, które nie należą już do najnowszych zdobyczy nauki, ale które stanowią zasadnicze problemy praktyki codziennej. Nad sprawą tą warto się zastanowić.

Zjazd uchwalił szereg ważnych rezolucyj, z których zasługują na uwagę uchwały *w sprawie stworzenia Izb lekarsko-dentystycznych, radykalnego zwalczania partactwa, uzyskania dla lekarzy-dentystów i ich rodzin zniżek podczas pobytu w uzdrowiskach i realizacji pomocy szkolnej dentystycznej.*

Bardzo sprawnie przed i podczas Zjazdu pracowała K o m i s j a p r a s o w a pod kierownictwem kol. B l o c h a a „K u r j e r P o r a n n y" poświęcił specjalny numer Zjazdowi stomatologicznemu (tj. 1 listopada 1935). Umieszczone w nim były następujące artykuły:

„*Znaczenie zjazdów lekarskich, szczególnie stomatologicznych dla zdrowia publicznego*" (prof. H. Wilga).

„*Stomatologja społeczna*" (prof. A. Cieszyński).

„*W sprawie tzw. zakażenia ustnego — słów kilka*" (dr. med. i med. dent. L. Lakner).

„*Rola Akademji Stomatologicznej w rozwoju zębolecznictwa w Polsce*" (prof. Nitsch).

„*W trosce o zdrowe zęby*" (lek. dent. Stanisław Bloch).

Również w dniach następnych tj. 2. i 3. listopada referował obszernie „Kurjer Poranny" o przebiegu Zjazdu oraz o tematach poruszanych przez referentów. — W ten sposób została publiczność poinformowana w sposób praktykowany na Zachodzie Europy o najważniejszych i aktualnych problemach stomatologicznych. — Redakcji Kurjera Porannego należy się uznanie zato, że tyle miejsca poświęciła w swojem piśmie zagadnieniom stomatologicznym i przyczyniła się bardzo do uświadomienia publiczności, która naogół z wielkiem zainteresowaniem czyta wszystkie artykuły, mające coś wspólnego z higjeną i zdrowiem. Mamy nadzieję, że raz nawiązany kontakt z „Kurjerem" zostanie podtrzymany nadal, dla propagandy higjeny jamy ustnej. Sposób ten jest zresztą najlepszą metodą zwalczania partactwa.

Z wielkiem zadowoleniem stwierdzić możemy, że zainteresowanie się Zjazdami stomatologicznemi rośnie z roku na rok w kołach zawodowych i wśród publiczności.

Bezpośrednio po zjeździe odbyło się posiedzenie „Stałej Delegacji polskich Zjazdów stomatologicznych", na którem wybrano prezesem Stałej Delegacji ponownie prof. Cieszyńskiego.

Następny zjazd uchwalono urządzić za 2 lata, a więc w r. 1937 we Lwowie, łącznie ze Zjazdem Przyrodników i Lekarzy Polskich.

Przemówienie dyskusyjne prof. Cieszyńskiego wygłoszone na VII. Zjeździe Stomatologicznym w Warszawie (1935).

Dyskusja do referatu dr. med. von der Osten-Sacken'a i dr. Z. Woltegera: „O zakażeniu ustnem".

(Pierwszy dzień zjazdu 1—XI 1935).

Prof. Cieszyński — Lwów. Na zjeździe obecnym zostaje temat zakażenia ustnego poruszony poraz trzeci, poraz pierwszy w roku 1923 mówiono na ten temat na pierwszym zjeździe we Lwowie, gdy jeszcze ten problem w Europie był mało aktualny, a poraz drugi na zjeździe w Krakowie. Referat kolegi Allerhanda ze Lwowa, który później został ogłoszony w formie monografji, przedstawia wszystkie badania autorów amerykańskich bardzo szczegółowo. Kol. Wolteger uzupełnił nam dawniejsze badania eksperymentalnemi badaniami v. Osten-Sackena. Autor ten przemawiał przed chwilą sam i wskazał na bardzo ważne objawy kliniczne, mianowicie podwyższoną ciepłotę ciała, która zależnie od stanu danego, czy mamy stan ostry czyteż przewlekły, wykazuje odpowiedni przebieg. Z krzywej ciepłoty możemy wyczytać, czy zabiegi przedsięwzięte utrafiły ognisko utajonego zakażenia i możemy wnioskować, czy spostrzegane objawy ogólne istotnie stoją w związku z danem ogniskiem. Na znaczenie mierzenia ciepłoty u chorych z objawami zapalenia okolicy zębów, bądź to w okolicy szczytowej, bądź to w okolicy przyzębnej (paradontitis) zwracałem kilkakrotnie uwagę w swoich publikacjach — jeśli się nie mylę — jako pierwszy. Bardzo charakterystyczną cechą dla spraw zapalnych wychodzących z zębów i okolicy przyzębnej jest, że mogą wykazywać ciepłotę ciała w stanach zaostrzenia 38⁰ do 40⁰, a pomimo tego chorzy przychodzą do nas ambulatoryjnie i nikt nie przeczuwa nawet, że mamy przed sobą istotnie ciężko chorego. Naturalnie tej podwyżce ciepłoty towarzyszy także bardzo znaczne przyśpieszenie tętna. Niekiedy spotykamy nawet arytmię i zaledwie wyczuwalne tętno, co wskazuje nam, że mamy chorego z objawami choroby serca, przyczem krążące drobnoustroje i ich jady mogły się także przyczynić do pogorszenia stanu albo go nawet wywołać. Widzimy więc, że już z tętna chorego możemy wnioskować na ogólny stan chorego. Osłabienie serca wybijając się na plan pierwszy wymaga odpowiedniej interpretacji internisty. Mierzenie zatem ciepłoty oraz badanie tętna chorego przy stanach zapalnych zębów i szczęk ma bardzo ważne znaczenie kliniczne i powinno być w tychże przypadkach zawsze stosowane i notowane. Jeżeli stwierdzimy podniesioną temperaturę na pierwszej wizycie, należy ją jeszcze kontrolować tak długo, aż nie dojdzie do normy. Zobaczymy wówczas, czy dana sprawa stanowiła tylko jedyne ognisko choroby, czy też ponadto nie mamy do czynienia ze sprawami innemi w jamie ustnej, na które nie zwróciliśmy uwagi, albo też, czy dana sprawa nie leży wogóle poza obrębem jamy ustnej. Ostatnie spostrzeżenie jest bardzo ważne i stosunkowo często stwierdzane szczególnie u chorych, którzy przybywają do nas z małą zwyżką ciepłoty 37,2⁰ — 37,9⁰, tak bardzo charakterystyczną dla tych spraw zakażenia ustnego, które stanowią stany przewlekłe. Drugi objaw kliniczny bardzo ważny i charakterystyczny dla spraw zapalnych i ostrych, wychodzących od kości szczękowej, jest zajęcie gruczołów chłonnych podszczękowych. Badanie gruczołów chłonnych należy bezwarunkowo do całkowitego zbadania, przeprowadzonego przez lekarza dentystę u każdego

pacjenta, albowiem z zachowania się gruczołów chłonnych podbródkowych i podszczękowych możemy wnioskować o istnieniu i charakterze spraw zapalnych w obrębie szczęk i być naprowadzeni na ukryte ognisko w jamie ustnej i w szczękach. Jeżeli bowiem gruczoły chłonne już są zajęte, a nawet jeżeli występuje w ich okolicy wrażliwość zwiększona, to mamy dowód na to, że drobnoustroje i ich jady wyszły już poza ognisko pierwotne i zagrażają ustrojowi i innym narządom. O szczegółach tutaj mówić nie mogę z powodu braku czasu. Te dwie proste metody badania klinicznego powinny znaleźć w praktyce dentystycznej jaknajszersze zastosowanie, a racjonalna ich ocena wymaga bezwarunkowo wiadomości lekarskich oraz klinicznego doświadczenia.

Problem zakażenia ustnego stanowi pomost z dentystyki do medycyny i wskazuje niezbicie, że specjalista chorób zębów i szczęk powinien posiadać pełne wykształcenie lekarskie. Ten sam problem jako i sprawy wychodzące z okolicy przyzębnej (parodontozy), które tak często stanowią źródło utajonego zakażenia powinne być bardziej znane internistom i lekarzom innych specjalności. Dlatego też należy jak najrychlej stworzyć przedewszystkiem na terenie Warszawy Polską „ARPĘ", w której to sprawie zwróciłem się już roku zeszłego osobiście do J. M. Pana Rektora Nitscha, gdyż właśnie na tem polu jest współpraca wszystkich profesorów klinicystów i katedr teoretycznych, którzy wykładają w Akademji Stom., nadzwyczaj cenna i pożądana. W dyskusjach ze stomatologami dowiedzą się ci profesorowie najlepiej, w jakim kierunku należy wiadomości lekarskie u studentów Akademji Stom. pogłębić, a następnie znajdą oni tam najwdzięczniejszy teren do badań naukowych na polu pogranicza stomatologji z innemi gałęziami.

Niedziela 3. listopada.

Referat p. I. Galasińskiej. Podłoże wskazaniem szkieletowania protez.

D y s k u s j a:

Prof. Cieszyński — Lwów. Ważniejsze znaczenie aniżeli podłoże posiadają względy statyczne dla szkieletowania protez i dlatego też przedewszystkiem te dadzą nam wskazówki jak, gdzie i kiedy należy przeprowadzać odpowiednie żebra. Jako zasada praktyczna pozostanie przytem: tworzenie łuku w pobliżu krawędzi wyrostka zębodołowego z oparciem pazurowem na filarkach dla wzmocnienia konstrukcji obwodowej, albo też celem przeciwdziałania wyważeniu. Przęsła poprzeczne przenoszą siłę uciskową z jednej strony na drugą i powinny szerokie znaleźć zastosowanie. Tam gdzie błona śluzowa przylega ściśle do szczęki należy pozostawić wystarczający luz, tak samo i w pobliżu szyjek zębowych, licząc na osadzanie się protezy podczas obciążania.

Określenie „szczątkowe zęby" używane kilkakrotnie przez prelegentkę nie jest trafne, należy raczej mówić o pozostałych w szczękach zębach, albowiem szczątkowe oznacza to samo co niedokształcony, równa się — „rudimentär". Polskie mianownictwo w protetyce i ortodoncji jest dotychczas niewystarczające i wymaga bezwarunkowo opracowania.

Sekcja I. Piątek 1. listopada.

D y s k u s j a nad referatem dra T a d e u s z a O w i ń s k i e g o. *„Jednostronne protezy".*

Prof. Cieszyński — Lwów. Jednostronne podparcie, trawers łączący koronę kła lub dwuguzkowca z zębem trzonowym, który widział kol. Owiński

u prof. Schödera w Berlinie, stosowany z bardzo dobrym wynikiem przez szereg lat, podałem już i opisałem w r. 1922 w języku francuskim i niemieckim oraz języku polskim. Tak samo jak sposób stosowania zasuw, dziś używany ogólnie z różnemi modyfikacjami przez różnych autorów. — Szczególnie zwracam uwagę na ciągłą klamrę Owińskiego, która doskonałe daje wyniki, nawet w bardzo trudnych wypadkach. Zaletą tejże klamry jest przy należytej jej konstrukcji ochrona filarków służących za oparcie protezy. Okolicę przyszyjkową należy chronić przed nadmiernym uciskiem, ażeby umożliwić wystarczające odżywianie okolicy przyzębnej. Bardzo ważne znaczenie posiada pozostawienie małej przestrzeni między wiekiem korony służącej za klamrę a wiekiem korony pokrywającej filarek. Niedosuw (Spielraum) między poprzeczką a zasuwą chroni zęby obciążone przed ich nadmiernem obciążeniem w razie „osadzenia się" protezy.

Sekcja II. Piątek 1. listopada (popołudniu).

Dyskusja nad referatem dr. Owińskiej: O durosimie.

Prof. Cieszyński, Lwów. — Doświadczenia p. dr. Owińskiej wymagały wiele cierpliwości i czasu a zarazem dokładności. Wyniki tejże pracy zasługują na szczególną uwagę ze względu na to, że mogą przynieść wielką korzyść w praktyce. Jakkolwiek preparat Durosime jest dosyć drogi to jednak korzyści tejże domieszki do wypełnień sylikatowych są bardzo wielkie. Wypełnienie trzyma się dobrze przez czas dłuższy i nie ulega w jamie ustnej zabarwieniu. Jakkolwiek szczelność wypełnień sylikatowych z dodatkiem Durosime jest znaczna, należy pomimo dobrych wyników eksperymentalnych zakładać podkłady z cementu z domieszką tymolu (według Cieszyńskiego). Na szczególną uwagę zasługuje, że polskie cementy krzemianowe z firmy Boryszew z dodatkiem Durosimu dały bardzo drobre wyniki.

Sekcja II. Piątek 1/XI. 35.

Dyskusja nad referatem dra Czortkowera ze Lwowa: „Czynnik antropologiczny a Stomatologja".

Prof. Cieszyński, Lwów. — Ilość problemów, które dr. Czortkower wyliczył z zakresu stomatologji oraz pogranicza antropologji jest tak wielka, że trudno się w nich na pierwszy rzut oka zorjentować. Widzimy przytem jak różne poglądy są antropologów na zagadnienia stomatologiczne oraz, że problemy te wymagają specjalnego opracowania ze stanowiska stomatologicznego, na co będzie potrzeba całego szeregu lat. Widzimy, że tworzyć się poczyna nowa gałęź nauki, antropologja stomatologiczna, której badania niewątpliwie wpłyną na zmianę dotychczasowych zapatrywań antropologów, przytem już dotychczasowe wiadomości stomatologów tłumaczą niejedno zagadnienie antropologiczne dotychczas niewyjaśnione lub inaczej tłumaczone. Zarazem wypływa konieczność dla stomatologa zaznajomienia się bliżej z antropologją.

Już dotychczasowe badania przeprowadzone w Klinice Stomatologicznej Lwowskiej, szczególnie nad statyczną budową czaszki i aparatu żucia, nad wyjaśnieniem powstawania krótko- i długo-głowości oraz wprowadzenia nowych metod badania, jak stosowanie tele-roentgenografji wskazują nowe drogi w ujęciu problemów antropologicznych.

Rada Centralna Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

Sprawozdanie z czynności Zarządu za rok 1935.

Sprawozdanie obejmuje:

I. Sprawy administracyjne, II. Sprawy zawodowo-społeczne.

I. Sprawy administracyjne.

Zarząd wyłoniony na Zjeździe Delegatów R. C. w dniu 6 stycznia 1935 r. stanowili koledzy:

Stokowski Aleksander, prezes.

German Maurycy, Neufeld Naum, dr. Allerhand (Lwów), Neyman Witold (Poznań), — wiceprezesi.

Bromirska Elżbieta, sekretarka.

Lubodziecki Henryk, skarbnik.

Mesz Daniel, Mokrzycki Antoni, Perliński Wiktor, Sachs Leon — Członkowie Zarządu.

Zastępcy do Zarządu: Essigman Stanisław, Blikle Stanisław, Szapiro Ignacy, Barbulant Irena.

Komisja Rewizyjna: Rytlowa, Rozenowicz, Niedźwiecki.

Na pierwszem posiedzeniu Zarządu w dn. 30 stycznia roku 1935 sprawozdawczego b. skarbnik kol. Mokrzycki przekazał swoje czynności, rachunki, depozyty i gotówkę nowoobranemu skarbnikowi kol. Lubodzieckiemu, przyczem zostało uchwalonem, iż czeki na P. K. O. będą podpisywane przez dwie osoby: kol. Lubodzieckiego, kol. Germana lub kol. Mesza.

Na temże posiedzeniu uchwalono termin włączenia Związku Lekarzy-Dentystów w P. P. do R. C. datować od 1 stycznia 1935 r.

W wykonaniu życzeń Związku Delegatów:

1. Zaproszono na kierownika Sekretarjatu kol. S. Bergera;

2. Wysłany został w dn. 16 marca r. b. do wszystkich Stowarzyszeń R. C. odpis protokułu z odbytego w dn. 6 stycznia Zjazdu Delegatów in extenso, a do redakcyj pism zawodowych streszczenie tegoż protokułu:

3. Zalegalizowany i wydrukowany został statut R. C. w 1500 egzemplarzach dla zaopatrzenia wszystkich członków poszczególnych Stowarzyszeń w statuty.

Z innych wykonanych prac Zarządu należy wymienić:

1. Ułożenie i przesłanie wszystkim Stowarzyszeniom R. C. regulaminu Zarządu.

2. Ułożony został kodeks deontologji lekarsko-dentystycznej (stomatologicznej) i skierowany do P. K. N.-F. D. I.

3. Odbyto 12 posiedzeń Zarządu, z tych jedno nadzwyczajne.

II. Sprawy zawodowo-społeczne.

Nadzwyczajne uroczyste żałobne posiedzenie Zarządu odbyło się w dn. 15 maja z powodu zgonu Marszałka Józefa Piłsudskiego dla okazania łączności z całym narodem w powszechnej żałobie i dla zamanifestowania swego udziału w uroczystościach pogrzebowych przyjęte były uchwały, które w swoim czasie przekazane zostały zrzeszonym w R. C. organizacjom.

2. Sprawa Izby Lekarsko-Dentystycznej.

W myśl uchwał i dezyderatów Zjazdu Delegatów z dn. 6 stycznia i w kontynuowaniu pracy organizacyjnej poprzedniej kadencji, Zarząd w pierwszym rzędzie rozpoczął starania ku urzeczywistnieniu problemu wprowadzenia w życie Izby Lekarsko-Dentystycznej.

W tym celu został zredagowany memorjał i na delegatów do Ministra Pracy i Opieki Społecznej desygnowano kolegów: Neufelda i Perlińskiego. W konferencji delegatów z p. wiceministrem Piestrzyńskim na wstępie uwydatniło się dotychczasowe negatywne ustosunkowanie się do tej sprawy p. wiceministra. Jako uzasadnienie do swoich poglądów, p. wiceminister przytoczył cały szereg zarzutów, które jednak delegacja obaliła, akcentując, iż właśnie jedynym środkiem radykalnym, mogącym usunąć i zapobiec ewentualnym bolączkom, wskazanym przez p. wiceministra jest Izba Lekarsko-Dentystyczna.

Ważkie argumenty przedstawione przez delegację wreszcie przekonały p. wiceministra o słuszności sprawy, który przyznał rację wszystkim wywodom i zajął stanowisko przychylne. Przyrzekł także solennie, iż na jesieni zajmie się realizacją Izby.

Sprawa Izby została przez Zjazd Stomatologiczny przekazana z kolei swoich rezolucyj do wykonania Radzie Centralnej.

3. Sprawa szkół zawodowych dla techników dentystycznych i walka z partactwem.

W celu wyjaśnienia sprawy wysuniętego w swoim czasie przez Akademję Stomatologiczną projektu utworzenia szkół zawodowych dla techników dentystycznych zaprojektowana została przez Zarząd R. C. konferencja, w której brali udział ze strony Akademji profesorowie: Cybulski, Meissner, Wilga i Zeńczak, a ze strony R. C. koledzy: Neufeld, Sachs i Stokowski.

Konferencja doprowadziła do uzgodnienia poglądów, iż tworzenie tych szkół jest niepożądanym i szkodliwym dla zawodu projektem, którego zrealizowanie nietylko nie rozwiąże sprawy techników, ale ją jeszcze bardziej zagmatwa. Jedynem natomiast wyjściem dla rozstrzygnięcia tej zawiłej kwestji i środkiem najradykalniejszym do zwalczania techników i partactwa tychże będzie podniesienie wykształcenia lekarzy dentystów i stomatologów w zakresie protetyki i gruntowne opanowanie tej dziedziny stomatologji, a tem samem uniezależnienie się od korzystania z pomocy techników w pracy protetycznej.

W związku z powstałą w międzyczasie wymianą korespondencji między Ministerstwem W. R. i O. P. i Akademją Stomatologiczną w tejże sprawie

i wynikłą stąd niepokojącą obawą urzeczywistnienia tego zamiaru, została skierowana do Ministerstwa W. R. i O. P, obszernie umotywowana opinja R. C. z gorącym apelem o zaniechanie tworzenia jakichkolwiek bądź kursów, czyteż szkół dla „protetyków dentystycznych“, które to szkoły uważane są nietylko za zbędne, ale wielce szkodliwe.

Objawem pocieszającym w tem ciągłem borykaniu się naszem o dobro zawodu, należy podkreślić fakt zmienionego nastawienia i uzgodnienia zapatrywań, wyrażanych przez Akademję Stomatologiczną w odpowiedzi do Ministerstwa W. R. i O. P., opartych na mocnem i energicznem wystąpieniu i negatywnem odniesieniu się do tworzenia tych szkół przez prof. Cybulskiego.

W celu stałego czuwania nad sprawą tych szkół i energicznego przeciwdziałania im, utworzony został przez Zarząd R. C. referat.

Ze względu na przekazanie przez Zjazd Stomatologiczny, między innemi i wniosku o walkę z partactwem, miejmy nadzieję, iż jak dotąd prowadzona walka dawała wyniki pomyślne, tak również kontynuowana z niesłabnącą energją — osiągnie w przyszłości cel, jakim jest dobro zawodu naszego, a tem samem i dobro społeczeństwa.

4. W sprawie pracy lekarzy dentystów w Ubezpieczalni Społecznej złożony został przez kol. Mesza, prezesa Zrzeszenia Lekarzy Dentystów b. Kasy Chorych m. Warszawy, cennik, warunki pracy i materjał informacyjny w kwestji posad lekarza-dentysty domowego w Ubezpieczalni Społecznej m. Warszawy. Następnie na zapytanie Związku Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie wystosowana została odpowiedź z informacjami, udzielonemi przez kolegów: Bromirską i Mesza, iż Zrzeszenie Lekarzy Dentystów b. Kasy Chorych z Ubezpieczalnią Społeczną pertraktacje przerwało; pracujących narazie osób jest 22 za ryczałt zł. 400 miesięcznie z obowiązkiem zwrotu na rzecz Ubezpieczalni 10% od ustalonych przez Ubezpieczalnię opłat za pracę 4-o godzinną dziennie.

Obecnie sprawa została częściowo uregulowana, pracuje osób 40 na innych warunkach, a o ewentualnych zmianach będzie na Zjeździe złożone sprawozdanie.

5. Sprawa Kodeksu Deontologji.

Opracowany przez Sekretarjat kodeks deontologji lekarsko-dentystycznej przekazany został do skorygowania kolegom Meszowi, Mokrzyckiemu i Neufeldowi po zaakceptowaniu przez Zarząd został skierowany do P. K. N. - F. D. I.

W związku z istniejącą w kodeksie zasadą, uchwalony został wniosek mający być złożony na Zjeździe Delegatów R. C. o utworzenie Sądu Koleżeńskiego przy R. C.

6. Uczestnictwo w VII Polskim Zjeździe Stomatologicznym i sprawy z nim związane.

Zarząd Rady Centralnej przyjmował czynny udział w komitecie Organizacyjnym Zjazdu.

Wszystkie sekcje Zjazdowe liczyły w swojem gronie członków Zarządu R. C., z których każdy starał się przyczynić do uświetnienia Zjazdu.

Kol. Stokowski, jako przewodniczący komitetu wystawy zorganizował

i otworzył takową. Z polecenia i w imieniu R. C. Zjazd przywitany został przez kol. Germana. Przewodniczącym sekcji zawodowej był kol. German.

Sekcja zawodowa uchwaliła szereg wniosków, większa część których do wykonania przez plenum Zjazdu Stomatologicznego przekazana została R. C. w następującym brzmieniu:

1. Uprasza się R. C. o kontynuowanie prac, podjętych celem urzeczywistnienia Izb Lekarsko-Dentystycznych.
2. Radzie Centralnej poleca się podjęcie odpowiednich kroków, celem uzyskania miejsca dla przedstawicieli zawodu lekarsko-dentystycznego w Międzyministerjalnej Komisji Gospodarczej.
3. Zjazd uprasza Radę Centralną o podjęcie energicznych środków w celu radykalnego zwalczania partactwa.
4. Radzie Centralnej poleca się poczynić odpowiednie kroki, celem uzyskania dla lekarzy dentystów i ich rodzin podczas pobytu w uzdrowiskach odpowiednich zniżek narówni z lekarzami innych specjalności.

Przyczynę niepostawienia na plenum Zjazdu części wniosków należy upatrzeć w negatywnem ustosunkowaniu się do spraw zawodowych na Zjazdach Naukowych przez Stałą Delegację, kierowaną statutem, w którym brak odnośnego paragrafu daje się zawodowi odczuć dotkliwie, toteż przez Zarząd R. C. na Zjeździe Delegatów będą postawione następujące wnioski:

1. Aby wystąpić do Stałej Delegacji z propozycją wniesienia paragrafu do statutu jej o udzielenie miejsca w programach Zjazdów Naukowych sprawom zawodowym.

2. Aby sprawy zawodowe były poruszane na plenum Zjazdów.

Odnośnie zaś do wniosków przekazanych R. C., przez stałą Delegację odrzuconych, lub zmienionych, jak sprawy ubezpieczalni społecznej, sprawa ścisłego wykonywania ustawy lekarsko-dentystycznej, sprawa niedozwolonego używania metali nieszlachetnych i sprawa przepisywania leków — uchwalono kolejno w miarę możności załatwiać i na Zjeździe Delegatów omówić.

W sprawie ochrony lokatorów, Zarząd opracował memorjał na imię p. wicepremjera Kwiatkowskiego, wręczony przez delegata R. C. p. Dyrektorowi Komitetu Ekonomicznego Ministerstwa Skarbu, który zapewnił, iż postulaty wyłuszczone w memorjale uzyskają należytą ocenę. A obecnie ułożony został drugi memorjał w sprawie nowelizacji części dekretu odnośnie części mieszkań koleżeńskich, przeznaczonych do celów zawodowych z apelem zaliczenia tejże do ustawy o ochronie lokatorów.

Rada Centralna uzyskała dwóch reprezentantów w Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych.

W sprawach podatkowych Zarząd uzyskał w Komisji Odwoławczej przedstawiciela, jako zastępcę członka Komisji.

Na zaproszenie 2-go Międzynarodowego Kongresu Stomatologicznego w Bolonji Zarząd wystosował podziękowanie z nadmienieniem, iż prof. Cieszyński, względnie dr. Allerhand prawdopodobnie będą reprezentowali na Kongresie R. C.

Z powodu przyznania prof. Cieszyńskiemu międzynarodowej nagrody im. Müllera, prezes kol. Stokowski w imieniu swojem i stowarzyszonych organizacyj wystosował do prof. Cieszyńskiego odręczny list z serdecznem powinszowaniem.

Zarząd postanowił zwołać Zjazd Delegatów R. C. na dzień 5 stycznia 1936 roku.

PORZĄDEK DZIENNY

Zjazdu Delegatów Rady Centralnej w dn. 5 stycznia 1936 r.

1. Zagajenie Zjazdu.
2. Wybór Przewodniczących i Sekretarzy.
3. Odczytanie protokułu ostatniego Zjazdu Delegatów.
4. Sprawozdanie z czynności Zarządu za rok 1935.
5. Sprawozdanie skarbnika.
6. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.

Przerwa 15 minut.

7. Sprawa Izby Dentystycznej — ref. kol. Perlińskiego.
8. „ Szkoły dla techników — ref. kol. Neufelda.
9. „ Ochrony lokatorów — ref. kol. Germana.
10. Wolne wnioski.

Zjazdy naukowe.

Doroczne posiedzenie F. D. I. w Brukseli 1935 a Międzynarodowy Kongres Stomatologów w Wiedniu *)

Na końcowem posiedzeniu Komitetu Wykonawczego F. D. I. 9 sierpnia 1935 w Brukseli podjęto jednogłośnie następujące uchwały odnośnie do Międzyn. Kongresu w Wiedniu:

1. Oddanie do druku komunikatów i ich tłumaczeń, może przed odbyciem Kongresu tylko wtedy nastąpić, gdy będzie dostateczne pokrycie finansowe.

2. Propaganda wiedeńskiego kongresu będzie przeprowadzona wspólnie przez komitet organizacyjny i komisję prasową F. D. I.

3. Gdyby IX. Międzynarodowy Kongres w Wiedniu w r. 1936 nie mógł wskutek sił wyższych się odbyć, F. D. I. uczyni wszystko, aby odciążyć Komitet Organizacyjny od zobowiązań finansowych.

4. Uchwalono ustanowić jeszcze jedną komisję pod nazwą: *Komisję opieki społecznej* (z szczególnem uwzględnieniem kwestji zdrowia publicznego i zawodowego), której przewodniczącym został dr. Stuck (Niemcy).

5. Następnie udzielono *nagrody Miller'a* Cieszyńskiemu (Lwów), Gottliebowi (Wiedeń) i Roy (Paryż) jako uznanie F. D. I. statutowo przeznaczone dla tych, których prace dla zębolecznictwa zostały na terenie międzynarodowym uznana.

6. Proponowane spowodu Berlińskiej Olimpjady przesunięcie Kongresu musiało odpaść, tak, że termin 2—8. sierpnia pozostaje niezmieniony. Ponieważ olimpiada będzie trwała do 16. sierpnia uczestnicy będą mogli odwiedzić obie imprezy.

---

*) Komunikat nadesłany przez Komisję prasową.

Kalendarz Zjazdowy.

1936. Drezno. Niemiecki Zjazd Dentystyczny.

1936. 2—8/VIII. *Wiedeń.* IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I (prezes prof. Pichler, sekretarz dr. Gottlieb). Statut Kongresu. Organizacja Kongresu. Pol. Stom. 1935, str. 95.

Wrzesień. Sofja Zjazd słowiańskich lekarzy i stomatologów.

1937. Lwów. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

Międzynarodowy Kongres Dentystyczny we Wiedniu.

(III. Komunikat)[1]).

F. D. I. urządza co 5 lat kongres międzynarodowy, a na ostatnim kongresie w Paryżu 1931 r. ustanowiono Wiedeń jako miejsce następnego kongresu.

Zjazd ten odbędzie się od 2—8 sierpnia 1936 r. pod honorowem przewodnictwem prezydenta republiki austrjackiej; w skład komitetu organizacyjnego wchodzą: prof. Pichler, dr. Fischer, dr. Schlemmer, doc. Gottlieb, drowie Janisch, Orban, Stein, Sicher Spitzer, Steinschneider, Wolf i w. i.

Kongres ten pozwoli uczestnikom zapoznać się z najnowszemi zdobyczami wiedzy i nawiązać stosunki międzynarodowe przez osobisty kontakt z osobistościami świata naukowego.

Dla pracy kongresowej ustanowiono 15 sekcyj, które rozdzielono w ten sposób, że równocześnie obradują w 3 osobnych salach 3 sekcje odrębne tak że w 5-ciu dniach program kongresu będzie wyczerpany.

Referaty tłumaczone będą podczas ich trwania równocześnie na wszystkie języki kongresowe, przez mikrofon wygłaszane, tak że każdy z uczestników założywszy słuchawki na uszy, będzie mógł wysłuchać wykładu w dowolnym języku, co umożliwi każdemu udział w dyskusji w znanym mu języku, gdyż i przemówienia dyskusyjne będą równocześnie tłumaczone. Komitet Organizacyjny przeznaczył tylko pół dnia codziennie na wykłady; mianowicie obradować będą równocześnie tylko 3 sekcje i obejmujące tematy najmniej mające ze sobą wspólnego.

Jako referentów pozyskano najwybitniejszych przedstawicieli wiedzy. I tak: z Ameryki: Bunling, Coolidge, Elliot, Hellman, Ivy, Logan, Paffenbarger, Schour, Turner, Tylman, Vehe, Weinberger. Z Belgji: van der Ghinst, Huet, z Niemiec: Axhausen, Elbrecht, Euler, Hauptmeyer, Hoffman, Hübner, Korkhaus, Meyer, Münzesheimer, Pieper, Proskauer, Rebel, Reichenbach, Schrickel, Schröder, Stuck Türkheim, Wannenmacher, Weski, Wustrow; z Anglji: de Caux, Fish, Johnson, Round; z Francji: Bennejeant, Nivard, Quintero, Roy, G. Villain, H. Villain; z Holandji: Visser; z Italji: Beretta, Muzi, Palazzi; z Japonji: Okumura; z Norwegji: Ottesen; z Polski: Cieszyński; z Szwecji: Hellner, Norberg; z Szwajcarji: Grum-

---

[1]) Wyciąg z oficjalnego programu wykonanego artystycznie i rozesłanego przez Polski Komitet Narodowy F. D. I. wszystkim organizacjom zawodowym.

bach, Müller, Spreng; z Czechosłowacji: Häupl, Parma; z Turcji: Kantorowicz; z Węgier: Simon.

Referenci przesyłają referaty na ręce Kom. Org. do 31. stycznia 1936, tak że *sprawozdania wydrukowane będą przed rozpoczęciem kongresu i bezpłatnie przesłane członkom zjazdu, którzy wpłacili składki zjazdowe.*

Komitet Organizacyjny wyznaczył 4 popołudnia na demonstracje, które odpowiadają tematom wykładów wygłoszonych w tym dniu przedpołudniem. Zajmą się tem wybitni fachowcy międzynarodowi, a tłumacze objaśniać będą poszczególne fazy pokazów, ułatwiając uczestnikom ich zrozumienie.

W biurze kongresowem urządzone będą rozmaite udogodnienia jak pokoje do pisania, kabiny telefoniczne, urząd pocztowy i t. p. gdzie urzędować będą osoby władające językiem rozmaitych narodowości, co ułatwi uczestnikom Zjazdu wzajemny kontakt.

Trzy domy stoją do dyspozycji kongresu. Jeden dla wykładów, drugi dla wystawy, trzeci dla pokazów. Między dwoma pierwszemi znajduje się piękny ogród z kawiarnią i restauracją, który umożliwi uczestnikom pobyt na wolnem powietrzu w przerwach między imprezami, a mikrofon ustawiony tamże zapowiadać będzie początek wykładów. Zabudowania kongresowe znajdują się w centrum miasta, na placu Karola w pobliżu opery i szeregu osobliwości miasta godnych widzenia. Udział w Kongresie umożliwi uczestnikom zwiedzenie Wiednia, bogatego w zabytki sztuki, kultury, przepiękne okolice. Program rozrywkowy jest bardzo urozmaicony.

Niedziela:

Południe: Uroczyste otwarcie Kongresu w obecności przedstawicieli rządu.
Wieczorem: Zaproszenie Wydziału wykonawczego F. D. I. i delegatów państw przez prof. Pichlera jako przewodniczącego Kongresu.

Poniedziałek: wieczorem. Przyjęcie referentów przez prof. Pichlera.

Wtorek: Przyjęcie wydane przez prezydenta miasta dla uczestników zjazdu.

Sroda: popołudniu. Przyjęcie dla uczestników Zjazdu, wydane przez prezydenta Republiki w zamku w Schönbrunnie.

Czwartek: wieczorem. Zabawa ogrodowa w „Burgu".

Piątek: wieczorem: Bankiet w sali cesarzowej w „Burgu".

Piątek przedpołudniem: 1. Zwiedzanie miasta autokarem; 2. Zwiedzanie muzeów; 3. Zwiedzanie galeryj obrazów; 4. Zwiedzenie hiszpańskiej szkoły jazdy konnej; 5. Zwiedzanie zabytków architektonicznych Wiednia; 6. Shopping; 7. Zwiedzanie kościołów; 8. Zwiedzanie skarbca.
Popołudniu i wieczorem: 1. Oglądanie przemysłu porcelanowego; 2. Zwiedzenie zamku cesarskiego w Laxenburgu; 3. Zwiedzenie średniowiecznego zamku w Kreutzenstein; 4. Wyjazdy w okolice Wiednia; 5. Zwiedzenie Prateru; 6. Zwiedzenie kąpielisk „Gänsehäufl", Kritzendorf, Baden, Vöslau; 7. Zwiedzenie winnic w Grinzing i Sieveringu; 8. Zwiedzenie kasyna gry w Badenie; 9. Teatry; 10. Zwiedzenie klasztoru w Klosterneuburg; 11. Jazda na Kahlenberg i Kobenzl; 12. Rathauskeller (restauracja).

Ponieważ uczestnicy Kongresu korzystają z daleko idących zniżek kolejowych mogą po ukończeniu kongresu zwiedzić przepiękne okolice Austrji i spędzić tam letni urlop.

*

IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I. w Wiedniu.

Komunikat nr. IV).

Kilka miesięcy dzieli nas od czasu (2—8. VIII. 1936), w którym odbędzie się w Wiedniu IX. Międzynarodowy Zjazd Stomatologów w ramach F. D. I. W tym zjeździe, który zapowiada się jako wybitne zdarzenie w stomatologicznym świecie naukowym, wezmą udział najwybitniejsze sławy naukowe ze wszystkich krajów świata i zdadzą sprawę z wyników swych dotychczasowych badań. Wszyscy bez wyjątku Koledzy chociaż nie władają językami Kongresu, będą mogli bez przeszkód słuchać wykładów. Nowoczesne urządzenie umożliwi za naciśnięciem odpowiedniego guzika umocowanego przy danem miejscu, przez słuchawki śledzić wykłady i otrzymać objaśnienia do ilustracji w języku dostępnym dla każdego.

Na tym zjeździe będą brane w rachubę nietylko wiedza, ale życzenia i potrzeby praktyków będą w ten sposób zaspakajane, że w czasie czterech popołudni najwybitniejsi praktycy będą zaznajamiali uczestników na demonstracjach z najnowszemi zdobyczami w dziedzinie koron i mostków i częściowej protezy, techniki ceramicznej i w. i. I tutaj tłumacze będą ułatwiali porozumienie się między wykładowcą a uczestnikami. Kongres ten dostarczy więc podniety zarówno wiedzy teoretycznej jak i praktycznej w każdej dziedzinie oraz, da niejedną sposobność do wymiany myśli z osobistościami z całego świata.

Wspaniała wystawa naukowa i przemysłowa urządzona w oddzielnym gmachu według nowoczesnej techniki, umożliwi zapoznanie się z nowemi zdobyczami w tej dziedzinie.

Oprawę dla tego przedsięwzięcia da Wiedeń, sławna siedziba wiedzy i sztuki.

W czasie poświęconym zawodowemu wyszkoleniu, specjalna komisja zajmie się krewnymi (którzy niewątpliwie też przybędą), którym pokaże zabytki miasta godne widzenia, a paniom Wiedeń jako miasto mody i siedzibę znanego w całym świecie przemysłu. Wkońcu uczestnicy po ukończeniu pracy będą mieli sposobność oglądnięcia w towarzystwie starych i nowopozyskanych przyjaciół wspaniałych budowli pamiątkowych Wiednia, miasta najstarszej kultury europejskiej, dalej kościołów, muzeów, galeryj obrazów, pałaców cesarskich i starych zamków. Wspaniałe okolice Wiednia dają możność, jak żadne inne miasta Europy, autem w kilku minutach znaleźć odpoczynek i odświeżenie w pięknych lasach i terenach górskich.

Stomatologowie Wiednia dołożą wszelkich możliwych starań, aby uczestnikom i ich krewnym tak uprzyjemnić pobyt, że udział w IX. Międzynarodowym Zjeździe Dentystycznym w Wiedniu w sierpniu 1936 r. pozostanie dla wszystkich pięknem i niezatartem wspomnieniem.

Komisja Prasowa Kongresu 1936 r.

Ze szkół akademickich.

O co walczą Docenci Wyższych Uczelni?

Niedawny Zjazd Docentów Państwowych Szkół Akademickich Rz. P., uchwalił następujące postulaty:

1. Zważywszy, iż u podstaw potęgi Rzeczypospolitej Polskiej leży odpowiednio wysoki poziom nauki i techniki, należy dążyć mimo trudności budżetowych do zwiększenia ilości katedr i tworzenia instytutów badawczych.

2. Uruchomienie nieobsadzonych katedr.

3. Wzorem krajów zachodnich dążyć do tworzenia instytutów badawczych niezależnych od Szkół Akademickich (np. w przemyśle) i stworzyć tam odpowiednie warunki dla pracy naukowej docentów.

4. Zwiększenie ilości adjunktur zarówno przy katedrach, jak i przy wydziałach (adjunktury wolne) i obsadzenie ich przez docentów.

5. Zniesienie ograniczeń w przedłużaniu nominacyj dla habilitowanych adjunktów i asystentów z rozszerzeniem prawa do stabilizacji.

6. Awansowanie docentów na stanowiskach starszych asystentów do VI grupy uposażenia po 10-ciu latach pracy w tym charakterze.

7. Powiększenie liczby godzin zleconych do rozdziału wśród docentów, którym winno bezwarunkowo przysługiwać pierwszeństwo w tym zakresie.

8. Należałoby uregulować sprawę zatwierdzenia wniosków Szkół Akademickich w sprawie wykładów zleconych na dany okres w ten sposób, żeby zatwierdzenie nie opóźniało się poza początek roku akademickiego.

9. Przyznanie docentom prawa kierownictwa zakładami naukowemi w Szkołach Akademickich.

10. Docenci wykładający dany przedmiot winni w zasadzie być powoływani do egzaminowania, o ile przedmiot ten należy do przedmiotów egzaminacyjnych.

11. Rada Wydziału rozpatruje corocznie na jednem ze swoich pierwszych posiedzeń listę docentów, mających prawo do uzyskania tytułu profesora (tytularnego).

12. Uregulowanie prawa korzystania ze Spółdzielni mieszkaniowych Profesorskich i Domów Profesorskich, subwencjonowanych z opłat studenckich.

13. Zapewnienie pomocy lekarskiej, zniżki w sanatorjach, uzdrowiskach, jak dla urzędników państwowych.

14. Ulga kolejowa, jak dla urzędników państwowych dla docentów, którzy nie mają jej z innego tytułu.

15. Zrównanie uprawnień dzieci docentów z dziećmi urzędników państwowych w szkołach.

16. Uposażenie docentów pracujących w państwowych instytucjach naukowo - badawczych conajmniej na podobnej zasadzie, jak w Państwowych Szkołach Akademickich.

17. Awansowanie docentów na stanowiskach nauczycieli państwowych szkół średnich po 10 latach pracy do VI grupy uposażenia.

18. Zniżka godzin do połowy etatu dla docentów nauczycieli szkół średnich i zawodowych państwowych.

19. Habilitacja winna stanowić dostateczną kwalifikację do nauczania w liceach.

20. W razie obejmowania przez docenta posady w szkole średniej, habilitacja winna zwalniać go od bezpłatnej praktyki nauczycielskiej, narówni z odpowiedniem uprawnieniem przyznanem asystentom szkół akademickich.

21. Pierwszeństwo dla docentów przy obsadzaniu posad w instytucjach państwowych i samorządowych w miastach uniwersyteckich.

22. Docent, będąc urzędnikiem państwowym, nie może być przeniesiony do miasta nieuniwersyteckiego wbrew jego woli inaczej, jak tylko naskutek wyroku komisji dyscyplinarnej.

23. Usunięcie trudności paszportowych dla docentów wyjeżdżających zagranicę w celach naukowych i przyznawanie paszportów bezpłatnych.

24. Zjazd docentów, zdając sobie sprawę z niemożności zasadniczego i skutecznego omawiania wyłącznie w swem gronie potrzeb nauki, solidaryzuje się z myślą zwołania ogólno - polskiego Zjazdu naukowego dla omówienia całokształtu potrzeb nauki w Polsce i zaleca docentom wzięcie w tych obradach jaknajżywszego udziału.

Przy okazji podajemy do wiadomości, że we Lwowie działa Koło Związku Docentów, którego prezesem jest obecnie Dr. Franciszek Smolka, wybrany w m. b. po ustąpieniu Dr. Tadeusza Sulimirskiego.

W sprawie artykułu Akademji Stomatologicznej wydrukowanego w „Dwumiesięczniku Stomatologicznym".

W nr. 3. 1935 „Dwumiesięcznika Stomatologicznego", organu absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego wydrukowano artykuł Rektoratu i Kierowników klinik Akademji Stomatologicznej pod tytułem: „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych". Artykuł ten stanowi odpowiedź na memorjały Wydziałów lekarskich uniw. lwowskiego i krakowskiego, wysłane do Ministerstwa W. R. i O. P. w lutym i marcu b. r. oraz na uchwały XVI. Walnego Dorocznego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego — a skierowany jest głównie przeciw prof. Antoniemu Cieszyńskiemu, którego autorowie artykułu uważają za inicjatora owych memorjałów a nawet — w tym przypadku niesłusznie — uchwały Zebrania Związku Lekarzy P. P.

Artykuł ten pojawił się w dwumiesięczniku Stomatologicznym bez odpowiedzi osoby, przeciw której jest głównie skierowany.

Krótko przed VII. Polskim Zjazdem Stomatologicznym, ale jeszcze przed ukazaniem się numeru zjazdowego otrzymała również Redakcja „Polskiej Stomatologji" broszurę Akademji Stomatologicznej, ale — nie chcąc mącić uwagami swemi przebiegu Zjazdu — nawet nie wspomniała o niej słowem w numerze zjazdowym.

W początku grudnia b. r. otrzymała Redakcja Polskiej Stomatologji odpowiedź na wspomniany artykuł od prof. Cieszyńskiego do wiadomości z wyraźnem zaznaczeniem, że nie jest ona przeznaczona do druku w czasopiśmie. Ponieważ jednak dowiadujemy się od wydawcy i członka Redakcji „Przeglądu Dentystycznego", że pismo to zamieszcza artykuł oryginalny Akademji i odpowiedź prof. Cieszyńskiego w następnym numerze, będącym w druku, a tem samem sprawa cała zostaje przeniesiona na forum publiczne, a nie załatwiona — tak jak było zamiarem Wydziału lekarskiego i prof. Cieszyń-

skiego — tylko między władzami i osobami sprawą interesowanemi, uprosiliśmy prof. Cieszyńskiego, ażeby — dla dobra sprawy — wyraził swą zgodę na wydrukowanie jego odpowiedzi także w „Polskiej Stomatologji", przyczem odsyłamy ciekawych artykułu Akademji Stomatologicznej do „Dwumiesięcznika Stomatologicznego" (1935, str. 184) i „Przeglądu Dentystycznego" 1936, Nr. 1.

Lwów, dnia 10. grudnia 1935 r.

Komitet Redakcyjny „Polskiej Stomatologji"

Za zezwoleniem autora.
(Drukowane jako rękopis.)

Odpowiedź prof. Cieszyńskiego na artykuł Akademji Stomatologicznej pod tytułem „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych".

Artykuł pod powyższym tytułem stanowi odpowiedź Rektoratu i Kierowników klinik Akademji Stomatologicznej w Warszawie na memorjały wniesione do Ministerstwa W. R. i O. P. z początkiem marca br. przez Wydziały Lekarskie Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie z powodu nadania tytułu lekarza stomatologa absolwentom b. Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie bez rozszerzenia dotychczasowych studjów.

Odpowiedź Akademji ukazała się dopiero w końcu października 1935 i została przesłana Ministerstwu W. R. i O. P., Uniwersytetom i Redakcjom pism zawodowych oraz organizacjom zawodowym w formie drukowanej broszury.

Ponieważ artykuł ten nie zawiera wystarczającej odpowiedzi na zasadnicze ujęcie sprawy wykształcenia podstawowego z nauk przyrodniczo-lekarskich oraz na argumenty Wydziału Lekarskiego U. J. K., pozwalam sobie ważniejsze ustępy memorjału Wydziału Lekarskiego przytoczyć i tem samem wytłumaczyć genezę tegoż memorjału.

W sprawie wydania dyplomu „lekarza stomatologa" przez Akademję Stomatologiczną w Warszawie. Opinja Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

L. Wydź. lek. 938 34/35.

Lwów, d. 5. lutego 1935.

Do
Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
Dep. IV.
w Warszawie

Ze sprawozdania Rektora Akademji Stomatologicznej prof. dr. Romana Nitscha, wygłoszonego na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom Akademji Stomatologicznej w Warszawie dnia 16/XII. 1934 (zob. Dent. Wiad. Związkowe 1934/4 str. 95 i Pol. Stom. 1935, str. 27), dowiaduje się Wydział Lekarski U. J. K., że 73 absolwentów tejże uczelni po 4-letnich studjach w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, przemianowanym dnia 1. września 1933 na Akademję Stomatologiczną, otrzymało po odbyciu dodatkowego 3-miesięcznego kursu wakacyjnego tytuł

lekarza stomatologa — zamiast dotychczasowego lekarza-dentysty.

Z wzoru nowego dyplomu (wydrukowanego w Dentystycznych Wiadomościach Związkowych, str. 105) otrzymujemy bliższe szczegóły, odnoszące się do zaświadczenia wydanego przez Akademję Stomatologiczną, mianowicie:

DYPLOM

My Rektor Akademji Stomatologicznej w Warszawie i Sekretarz Ogólnego Zebrania Profesorów tejże Akademji zaświadczamy co następuje:

Pan .... rodem z .... obywatel polski po odbyciu ustawą przepisanych studjów w Akademji Stomatologicznej w Warszawie w latach 1930—1934 i pomyślnem złożeniu przepisanych egzaminów otrzymuje stopień

LEKARZA STOMATOLOGA

stanowiący dowód ukończenia akademickich studjów lekarsko-stomatologicznych i uprawniający do ubiegania się o stopień doktora nadto do wykonywania praktyki lekarsko-stomatologicznej, w granicach ustaw, obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

W dowód tego wydajemy mu mocą postanowienia Ogólnego Zebrania Profesorów z dnia 27. czerwca 1934 roku niniejszy dyplom, opatrzony podpisem i pieczęcią Akademji.

Warszawa, dnia 16 grudnia 1934 r.

Rektor	Sekretarz Ogólnego Zebrania Profesorów
(—) Prof. Dr. R. Nitsch	(—) M. Zeńczak.

Wydział Lekarski U. J. K. uważa nadanie tytułu lekarza stomatologa po czteroletniem studjum dentystycznem za niedopuszczalne, ponieważ tytuł ten wkracza w dwóch kierunkach w kompetencje Uniwersytetów polskich, przy których są katedry stomatologiczne. Tytuł: **lekarz stomatolog przedstawia danego kandydata jako lekarza i stomatologa i nie może być równoznącznym z dawniejszym tytułem lekarza-dentysty.**

Tytuł bowiem lekarz-dentysta jest dosłownem tłumaczeniem niemieckiego tytułu: Zahnarzt, a rosyjskiego zubnojwracz i jest oficjalnie zaaprobowany polską ustawą o wykonywaniu praktyki dentystycznej dla odróżnienia specjalistów w zębolecznictwie z akademickiem wykształceniem od techników dentystycznych.

Natomiast tytuł lekarz stomatolog (i to bez łącznika) zawiera tytuł lekarza obok tytułu stomatologa. Ktokolwiek więc widzi i czyta ten tytuł odnosi wrażenie, że osoba nosząca ten tytuł musi mieć ukończone pełne studja lekarskie i rok praktyczny tj. przynajmniej $5^1/_4 + ^1/_2$ (egzam.) + 1 rok praktyczny tj. $6^3/_4$ lat studjów lekarskich, a następnie około $1^1/_2$ roku studjów specjalnych (razem $8^1/_4$ lat) — jak wynika z tytułu obok: stomatolog.

....

Za granicami Polski we Francji, Italji, Austrji, Węgrzech, Jugosławji, Czechosłowacji, Ameryce itd. oznacza stomatolog również specjalistę z pełnemi studjami lekarskiemi tak samo jak w Niemczech: Spezialarzt albo Facharzt f. Zahn- und Mundkrankheiten. W żadnym z powyższych krajów nie dodaje się już obok „stomatolog“ lekarz, gdyż oznaczenie to jest „implicite“ w pojęciu stomatolog.

Jeżeli w dyplomie polskim tytuł brzmi: „lekarz stomatolog", to tem bardziej nie ulega żadnej wątpliwości, że osoba posiadająca ten tytuł bezwarunkowo musi posiadać prócz wykształcenia w specjalności, pełne wiadomości ogólne lekarskie. *„Lekarz stomatolog nie oznacza więc żadnego ograniczenia wiadomości, lecz przeciwnie, oznacza większy zasób wiadomości.*

Jeżeli kiedykolwiek Akademja Stomatologiczna uzyska prawo udzielania tytułu stomatologa swoim absolwentom na podstawie znacznie rozszerzonego studjum w porównaniu do obecnego, to tytuł „lekarz i stomatolog" powinien przysługiwać wyłącznie lekarzom, którzy posiadają prócz swego dyplomu lekarskiego jeszcze studja specjalne. Tylko tak a nie inaczej należy interpretować tytuł: lekarz stomatolog.

Wydział Lekarski stwierdza więc, że prawo do używania tytułu lekarza mogą mieć tylko te osoby, które ukończyły studja lekarskie w Uniwersytetach polskich, następnie:

że tytuł stomatologa mogą mieć tylko te osoby, które odbyły dodatkowe studja po ukończeniu studjów lekarskich.

Tymczasem w danym przypadku absolwenci Państwowego Instytutu dentystycznego wzgl. absolwenci Akademji Stomatologicznej tych wiadomości nie posiadają.

....

W konsekwencji Rada Wydziału lek. U. J. K. uważa za niedopuszczalne, ażeby po tych krótkich czteroletnich studjach absolwenci Akademji Stomatologicznej otrzymali tytuł lekarza stomatologa albo stomatologa, a więc ten sam tytuł, który otrzymują lekarze i specjaliści Uniwersytetu Lwowskiego po 8 *letnich studjach.* Jest to rażąca niesprawiedliwość a zarazem zamach na uprawnienia lekarzy i uprawnienia stomatologów z pełnem uniwersyteckiem wykształceniem lekarskiem i odpowiednim specjalnem.

Pod *względem formalnym* Wydział Lekarski U. J. K. wysuwa następujące zarzuty:

1. Dyplom, nadający tytuł lekarza stomatologa z dnia 16/XII. 34. wydany jest „na mocy postanowienia Ogólnego Zebrania Profesorów Akademji Stomato-

logicznej z dnia 27. czerwca 1934" — jak wynika z formularza dyplomu — a nie na podstawie Rozporządzenia Ministerjalnego. Na podstawie Ustawy o Szkołach Akademickich art. 41. ustęp 2. Rady Wydziałowe mają prawo nadawania stopni zawodowych, przyczem niższy stopień naukowy może być równocześnie stopniem zawodowym. Ustęp 3. tegoż artykułu wyraźnie mówi jednak, że Rozporządzenia Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wydane po wysłuchaniu opinji Rad Wydziałowych ustalają szczegółowe przepisy, normujące program i porządek studjów oraz przepisy o uzyskaniu stopni naukowych i zawodowych.

Z tego wynika, że

a) tytuł „lekarz stomatolog" powinien być aprobowany i ustalony przez Ministerstwo W. R. i O. P. po wysłuchaniu opinji Rad Profesorskich Wydziałów Lekarskich.

b) powinien być wydany tylko na mocy osobnych studjów, gdyż studja dentystyczne nie są równoznaczne ze studjami stomatologicznemi.

Jeżeli miałoby przyjść w przyszłości do ustalenia programu studjów stomatologicznych, to powinne być również zapytywane Wydziały Lekarskie i przedstawiciele katedr stomatologicznych, ponieważ studjum stomatologiczne wchodzi w zakres kompetencji tychże katedr.

2. Wydział Lekarski zaznacza wyraźnie, że sama zmiana nazwy Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną nie oznacza jeszcze przemiany charakteru instytucji pod względem programu naukowego.

3. Tytuł lekarz-dentysta w myśl ustawy dentystycznej obowiązuje dotychczas w całej Polsce i może być tylko zmieniony osobną ustawą albo Rozporządzeniem Pana Prezydenta Rz. P.

4. Wydział Lekarski jest zdania, że powinno przyjść nareszcie do unifikacji studjów stomatologicznych w Polsce.

* * *

Powyższe pismo Wydziału Lekarskiego Lwowskiego przesłane zostało nietylko Ministerstwu W. R. i O. P. ale także w odpisie do

wiadomości wszystkim Wydziałom Lekarskim Uniwersytetów Polskich, ponieważ już jest taki zwyczaj we wyższych uczelniach, że sprawy dotyczące wszystkich wydziałów lekarskich nie bywają traktowane tylko przez jeden wydział, ale w miarę rozwoju sprawy są podawane wzajemnie do wiadomości.

Wymaga tego nietylko prosta kurtuazja ale i lojalność i solidarność, której niestety nie spotkaliśmy dotychczas ze strony władz P. I. D. w stosunku do katedr stomatologicznych uniwersyteckich, jeżeli chodziło o ważniejsze zarządzenia wewnętrzne, sprawy uregulowania w przyszłości studjów dentystycznych uczelni w Warszawie. Tem też się tłumaczy, że nawet przemianowaniem P. I. D. w Warszawie na „Akademję Stomatologiczną" zostaliśmy zupełni zaskoczeni, gdyż walczyliśmy wprawdzie wszelkiemi dostępnemi nam środkami o nadanie praw szkół akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu w Warszawie i walczyliśmy o reformę studjów w kierunku stomatologicznym słowem, pismem i osobistemi interwencjami, natomiast nie było nam absolutnie wiadomem, że Rada Profesorów P. I. D. zmierza wyłącznie do uzyskania praw tejże uczelni dlatego, że pragnie przemiany dotychczasowej uczelni na „akademję" i to nie „akademję dentystyczną" tylko „akademję stomatologiczną" przy zachowaniu dotychczasowego ustroju oraz dotychczasowych 4-letnich studjów, określonych tymczasowym statutem z r. 1922.

Gdyby bowiem była szczera intencja reformy studjów, to natychmiast po uchwale sejmowej z dnia 15/III. 1933. jeszcze przed przemianowaniem na Akademję Stomatologiczną Władze tej uczelni uważałyby za najpilniejszą sprawę przedłożenie Ministerstwu W.R. i O.P. projektu programu studjów, odpowiadającego swoją treścią nazwie „Akademji Stomatologicznej".

Sam Rektor Akad. Stom. przyznaje w sprawozdaniu swojem za r. 1933/34, *że zmiana uczelni* nieakademickiej na Akademję Stomatologiczną „wywołała potrzebę zreformowania do pewnego stopnia samych studjów oraz związanych z niemi przepisów i rozporządzeń regulujących wogóle szkolnictwo akademickie". Na czem polegało to zreformowanie studjów dotychczas, dowiadujemy się ku naszemu zdziwieniu, na przedłużeniu

okresu studjów o 3-miesięczny czas wakacyj letnich i przeniesieniu końcowych egzaminów państwowych z czerwca na miesiąc październik, oraz na zmianie regulaminów egzaminacyjnych. Czy można to na serjo nazwać reformą studjów, któreby upoważniały aż do nadania nowego tytułu lekarza stomatologa zamiast lekarza dentysty?

Nie można tutaj szukać najróżniejszych sztucznych argumentów, jakie spotykamy w artykule Akademji,

że „władze Akademji poczuwają się do pełnego obowiązku stania na straży polskiej nauki stomatologicznej“,

że „Ak. Stom. chętnie pisze się do każdej współpracy i bierze czynny udział nietylko w kwestjach nauczania ale i w sprawach zawodowych“,

że „rozstrząsanie studjum stomatologicznego jako specjalizacji po pełnych studjach lekarskich uważają za przedwczesne i aktualne dopiero z chwilą wejścia w życie przymusu specjalizacyjnego“,

że „odpowiedzialność za kierunek i program pracy studjów Akademji Stomatologicznej spada na władze tej uczelni, na Rektorat, Prorektorat i Ogólne zebranie profesorów“...

Nawet jeżeli z biegiem lat w miarę postępującej likwidacji niedostatecznie do studjów przygotowanych osób i przypływu lepszego materjału studentów poziom nauczania się podniósł, nie mniej zakres danego przedmiotu wobec krótkiego czasu trwania studjów musiał być znacznie zcieśniony i dany przedmiot podawany w formie kompendjalnej. O ile tylko tyle wiadomości z medycyny wewnętrznej, co jest podane w oficjalnym programie Państwowego Instytutu Dentystycznego z r. 1929, otrzymują studenci dentystyki, to należy uważać je stanowczo za niewystarczające[1]).

Akądemja Stomatologiczna przytacza w obronie dotychczasowego sposobu nauczania następujące argumenty: Wykładowcami są

[1]) W spisie wykładów za rok 1929, w którym podano ogromnie szczegółowo tematy wykładów, znajdujemy przy chorobach wewnętrznych na str. 39. odnośnie do chorób serca, płuc, nerek i wątroby tylko: „Ogólne pojęcie o wadach sercowych, ich objawach i leczeniu, pojęcie o gruźlicy narządów, ich objawach i leczeniu, pojęcie o chorobach nerek, ich leczeniu...“ To może jednak za mało. Na wykłady z medycyny wewnętrznej przeznaczono w r. III. studjów ogółem 70 godzin (zob. str. 45) t. j. po $2^{1}/_{3}$ godz. tyg. podczas jednego roku. Dla porównania zaś podaję: na teorję dentystyki zach. $120+70+90=280$ godzin t. j. po 4 wzgl. po 3 godz. tyg. przez trzy lata, na ćwiczenia i klinikę dentystyki zachowawczej $\frac{750+720+720}{5 \text{ grup}}$ t. j. blisko 5 godz. tyg. przez 3 lata. Wobec czego zarzut Związku Lekarzy w P. P. „że lekarze z Akademji Stomatologicznej nie są dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogą z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu“ jest uzasadniony.

profesorowie Wydziału Lekarskiego; „osobiste walory pp. Profesorów oraz poruczanie ich swobodnemu uznaniu jako specjalistom, zakresu przedmiotów przez nich wykładanych daje i dać powinno najlepszą gwarancję dostosowania podanych przez nich wiadomości do potrzeb studjów specjalnych“. Nikt nie wątpi o wielkich walorach wykładających. Natomiast można być sprzecznego zdania co do tego, czy profesorowie zaproszeni do wykładania pewnych przedmiotów nie powinni zakres przedmiotu ustalić ze specjalistami w stomatologji, którzy lepiej wiedzą jakich właśnie wiadomości zawód ich potrzebuje. Z tego co czytamy w programie o chorobach wewnętrznych wynika, że studenci Akademji Stomatologicznej trudno tylko orjentować się będą co do powikłań, które mogą powstać podczas, albo po uśpieniu ogólnem i że nie zrozumieją tła ogólnego przy powstawaniu oral sepsis lub parodontozie; a przecież to są sprawy, z któremi lekarz-dentysta spotyka się codziennie.

W obronie programu studjów dotychczasowych, czteroletnich, powołują się autorowie artykułów na opinję Związku Docentów z końca listopada 1935, czyli na opinję własną, bo prócz mnie jako przewodniczącego, byli tylko obecni docenci warszawscy. Wtedy to, w przeddzień uroczystego otwarcia Akademji Stomatologicznej nastąpił zwrot w dotychczasowych zasadniczych poglądach. Wobec tego czytamy w artykule Akademji:

że projekt prof. Cieszyńskiego, ogłoszony w r. 1933, a opracowany na jednomyślnie przyjętych zasadach wszystkich docentów stomatologji jest w obecnej chwili niekonsekwentny nieaktualny i nierealnem wyolbrzymieniem studjów stomatologicznych, czyniących je najuciążliwszemi i najdłużej trwającemi ze wszystkich studjów zawodowych, bo przecież tak wypowiedział się Związek Docentów na posiedzeniach z 24 i 25 listopada 1935 r. z wyjątkiem projektodawcy“.

Gdzież jest konsekwencja, jeżeli ci sami ludzie: panowie Wilga, Meissner, Zeńczak, Cybulski, którzy zgodzili się na ogólne zasady po kilkudziesięciugodzinnych dyskusjach na szeregu posiedzeń Związku Docentów Stomatologów, to wkońcu 25. listopada 1933 r., już po przemianowaniu P. I. D. na Akademię Stomatologiczną drogą ustawy decydują się skapitulować i cofnąć się wstecz o kilkadziesiąt lat, w swoich zapatrywaniach i poglądach przekreślając wszystkie zasady, dobytek nauki stomatologicznej, przeświadczenie wewnętrzne, że to, co jest dzisiaj i co było w Polsce w P. I. D. jest niewystarczające i tyl-

ko parodją tego, co było projektowane w r. 1919, a co zostało zrealizowane w obciętej i skróconej formie przez dążenia minimalistów i konieczność obniżenia poziomu studjów do poziomu umysłowego remanentu studentów ze szkół rosyjskich, który to miał być zlikwidowany przez P. I. D. do r. 1923 a najdalej do 1924.

Jak zapatrywał się prof. Meissner, który ten artykuł podpisał, na wykształcenie lekarza-dentysty i przyszłość dentystyki w dniu 7/XII. 1930[1]). Widzimy z jego przemówienia:

„Rozwój dentystyki w Europie już powojennej postępuje zdecydowanie w kierunku wskazanym w ostatnich latach przedwojennych, w kierunku, w którym kroczyła Ameryka Półn., w kierunku, którego istotną cechą było budowanie wiedzy specjalnej na podstawach ogólno medycznych oraz zachowanie najściślejszego kontaktu z medycyną“.

„Niestety wojna światowa przeszkodziła w podjęciu zapoczątkowanego programu i dalszemu posuwaniu się nowo obraną drogą“.

Str. 7: „Rozpoznawanie schorzeń zębów, jamy ustnej i leczenie tychże, kształtujące się coraz bardziej chirurgicznie, wymaga przygotowania tak przyrodniczego oraz teoretyczno-medycznego, jak i klinicznego.

Braki w tych wiadomościach narażają lekarza-dentystę w codziennej jego pracy na stałą obawę przed komplikacjami, wobec których mógłby się znaleść w trudnem i kłopotliwem położeniu tak w stosunku do chorego, jak i przywołanego do pomocy lekarza“.

„Tem wyższy człowiek im wyższe cele“....

Należy więc przypuszczać, że fakt nadania pewnych praw szkół akademickich Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu, a przedewszystkiem zmiana formy zewnętrznej, tj. zmiana nazwy uczelni na Akademję Stomatologiczną, spowodowała nagły zwrot w zapatrywaniach przedstawicieli katedr stomatologicznych warszawskich. Zamiast iść naprzód w kierunku realizacji zasad cofnięto się wstecz do zapatrywań z początku bieżącego wieku, którym główny przedstawiciel ideologji minimalnych studjów w uczelni warszawskiej pozostał przez cały czas wierny. Zatrzymał się on w r. 1905 w ocenie potrzeb i zakresu studjów, doskonale mając w pamięci starą dentystykę rosyjską, która notabene od r. 1923 została zmieniona na studjum stomatologiczne, i z niezwykłą energją bronił i broni swego stanowiska z przed lat trzydziestu.

---

[1]) Sprawozdanie z uroczystości 10-lecia P. I. D. — 1931 „Znaczenie dentystyki w medycynie“ str. 3.

O zmianie zapatrywań tymczasowych przedstawicieli katedr, których stanowiska są niestałe, mówić nie będę, gdyż z natury rzeczy nie mogą swobodnie dysponować swoim głosem na ogólnem zebraniu profesorów.

Jeżeli więc nie przystąpiono do zasadniczej zmiany dotychczasowego programu studjów, a przedewszystkiem nie zażądano innych wyższych kwalifikacyj od wstępujących na studja, to prawdopodobnie musiały na to wpłynąć inne względy, bliżej nam nieznane.

Gdy w takiej sytuacji odmówiono rozpatrywania przygotowanych projektów reformy studjów, nie pozostawało mi nic innego, jak tylko złożyć przewodnictwo Związku Docentów.

Odnośnie do obecnych studjów zasługują na szczególną uwagę słowa rektora Nitscha wypowiedziane 16/II. 1934 r.[1]).

„Studja w Ak. Stom. uważam za bardzo ciężkie dlatego, że na I. i II. kursie studenci muszą przejść materjał nauczany na medycynie w ciągu więcej niż 3 lat i muszą złożyć odpowiednią liczbę egzaminów, Np. na medycynie zdaje się po 1 kursie tylko 2 egzaminy, zaś w Ak. Stom. 4. Na medycynie zdaje się po II. kursie 5 egzaminów a w Ak. Stom. 6. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że chodzi nie tylko o zdanie tych 10 egzaminów, ale przedewszystkiem o oswojenie się w ciągu 2 lat z przedmiotami zupełnie obcemi jak anatomja opisowa, histologja, fizjologja, anatomja patologiczna i patologja, bakterjologja, farmakologja, protetyka dentystyczna i dentystyka zachowawcza — nie mówiąc o fizyce i chemji, z któremi studenci zapoznali się już w szkołach średnich — to każdy przyzna, że wymagania stawiane przez Ak. Stom. w pierwszych 2 latach są ogromne. Dla porównania przypomnę, że od medyków wymaga się zapoznania z temi przedmiotami w ciągu lat trzech i to jeszcze nie uczy się ich protetyki dentystycznej i dentystyki zachowawczej. Nie przeczę, że wymagania stawiane uczniom Ak. Stom. w zakresie przedmiotów, nauczanych także na medycynie są mniejsze, niż wymagania stawiane medykom: inaczej bowiem niktby nie podołał tym wymaganiom“.

Czy z tych spostrzeżeń nie wynika jasno, że przedewszystkiem pierwszy okres studjów przedklinicznych powinien być znacznie

---

[1]) Sprawozdanie za rok 1933/34, str. 10.

rozszerzony przynajmniej do trwania studjów lekarskich, ażeby materjał podstawowy w należyty sposób móc studentom Akademji Stomatologicznej wyłożyć. Przytem należy liczyć się z tem, że musi pozostać jeszcze wiele czasu na ćwiczenia z protetyki, o ile chciałoby się pozostać przy odrębnem studjum stomatologicznem.

Czy nie prostszą rzeczą jest zatrzymanie tych samych studjów przedklinicznych, jakie mają studenci medycyny, i danie tylko możności przyszłym specjalistom odbycia w tymże czasie wstępnych studjów z protetyki. I ta propozycja znajduje się wśród moich projektów i jest identyczną z tem, co już w r. 1924 proponowali prof. Nitsch i dr. Meissner. Ale i o tym projekcie kompromisowym zapomniało Ogólne Zebranie Profesorów Akademji.

Jeżeli więc nie było zamiaru załatwienia sprawy nawet kompromisowo, to należy stwierdzić pokrótce, że w chwili przemianowania P. I. D. na Akademję Stomatologiczną brakło zrozumienia, ażeby przystąpić do definitywnego zrealizowania reformy studjów przez władze P. I. D. Czy zaś należałoby w chwili obecnej wprowadzić maksymalny program, t. j. pełne studja lekarskie i dwa lata specjalizacji, czy też ograniczyć się, ale jedynie z konieczności, do 4 lat studjów lekarskich i 2 lat studjów specjalnych, o tem właśnie miała ostatecznie zadecydować Rada Profesorów Akademji Stomatologicznej, oddając tę sprawę do definitywnego rozstrzygnięcia kompetentnym co do tego specjalistom. To jednak nie nastąpiło i daremnie czekaliśmy aż do chwili obecnej, ażeby znowu te same ogólniki — niczem nieuzasadnione — wyczytać w artykule podpisanym przez Rektorat i Kierowników Akademji Stomatologicznej.

Możność kształcenia specjalistów w stomatologji nie zależy tylko od programu studjów ale i przedewszystkiem także od warunków, w których to studjum się odbywa. Na warunki nauczania składa się odpowiedni gmach i urządzenie, a następnie dostateczny materjał chorych do nauczania.

Pomimo wielkich starań nie uzyskał Państwowy Instytut Dentystyczny w ciągu 15-tu lat własnego gmachu odpowiednio urządzonego, a więc tego, co Państwo minimalnie powinno dostarczyć, co było też powodem, dlaczego sam odmówiłem dwukrotnie przybycia do Warszawy na proponowaną mi katedrę. Kierownicy katedr spe-

cjalnych zmuszeni byli postarać się o lepsze warunki przez powiększenie dochodów z taks ambulatoryjnych. I postarali się o to w r. 1933, że wynajęto rozległe pomieszczenie, płacąc za to olbrzymie sumy, jeśli się nie mylę około 65 tysięcy złotych rocznie, i to z taks ambulatoryjnych. Również z tego źródła opłaca się około 80 osób personalu pomocniczego[1]), czego się również nie praktykuje w żadnym z zakładów uniwersyteckich. Wynika stąd, że i Ministerstwo W. R. i O. P. nie stosuje niestety do Akademji Stomatologicznej tych samych norm, które stosuje się do innych uczelni akademickich i nie daje jej tych samych warunków pracy.

W ten sposób instytucja, mająca służyć nauczaniu, stała się instytucją zarobkującą, zmuszona dostarczyć 330 tys. rocznie na utrzymanie uczelni. W ten sposób ok. 60% pacjentów, którzy powinni być leczeni w praktykach prywatnych, zostaje użytych do nauczania, a Akademja Stomatologiczna, zarabiając z tego źródła ok. 180 tys. zł. weszła w konflikt z lekarzami dentystami na terenie Warszawy, zajmującymi się prywatną praktyką, którzy utracili mniej więcej trzykrotnie wyższą sumę w swoich dochodach, tj. ok. 540 tys. zł.

Podwyższenie zaś taks ograniczyło przystęp chorych, którzy mogliby korzystać z ambulatorjów Akademji. Przedewszytkiem ograniczeniu wielkiemu musiał ulec materjał z dziedziny chirurgji stomatologicznej, przyczem nasunęły się trudności w nagromadzeniu go na pewne godziny dla ćwiczeń. Stąd też lekarze-dentyści wychowani w P. I. D., musieli się w tym dziale dokształcać po ukończeniu studjów. Czytamy w sprawozdaniu p. Rektora Nitscha:

„Materjał ten pacjentów przedstawia się dlatego gorzej, niżby to się zdawało na pierwszy rzut oka, że w klinikach muszą się też dokształcać wolontarjusze, t.j. dyplomowani lekarze-dentyści lub lekarze. Takich wolontarjuszy było w roku sprawozdawczym 130. Oczywiście, że oni odbierają materjał studentom; temu jednak na razie trudno zaradzić, bo ci wolontarjusze muszą się też gdzieś uczyć“[2]).

W takich warunkach brakło również materjału klinicznego do ćwiczeń dla kursów obowiązkowych

---

[1]) Zob. Sprawozdanie za rok 1934.

[2]) W projektach prof. Cieszyńskiego jest także sposób podany na czas przejściowy: „rok praktyczny“ dla lekarzy dentystów Akademji Stomatologicznej w innych klinikach uniwersyteckich.

dla studentów medycyny. Profesor bowiem chirurgji stomatologicznej uczy na tym samym materjale studentów medycyny. Każde z tych zadań jest tak wielkie i wymaga osobnego materjału chorych, że nie można w jednej osobie i w tej samej uczelni tych dwóch zadań połączyć.

Jeżeli za program studjów odpowiedzialne są władze Akademji Stomatologicznej, dlaczego właśnie ja w tych sprawach głos zabieram?

Kto zna historję powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego i kto wie jak wielki udział w pracach tych wziąłem i ile czasu i energji na to poświęciłem, zanim jeszcze rozpoczęli swą pracę przedstawiciele katedr specjalnych, którzy wszyscy z wyjątkiem jednego z mojej inicjatywy zostali powołani, ten dziwić się nie będzie, że interesuję się ogromnie rozwojem tejże instytucji i poczuwam się niejako do odpowiedzialności za kierunek pracy obecnie i w przyszłości, jakkolwiek formalnie odpowiedzialność za pracę obecną spada wyłącznie na Władze Akademji Stomatologicznej. Jeżeli złożyłem godność przewodniczącego Związku Docentów w r. 1933, to uczyniłem to dlatego, że nie widziałem możności realizacji reformy studjów, skoro docenci warszawscy uważali nawet rozpatrywanie projektu reformy studjów za nieaktualne i bezcelowe. Ażeby im pozostawić swobodę działania wystąpiłem ze Związku Docentów, bo mogłyby istnieć pozory, że obecność moja hamuje ich w realizowaniu ich własnych projektów. Twierdzenie zaś, które spotykamy w artykule Akademji, że „w istocie chodziło mi o uzyskanie niehamowanej niczem swobody krytykowania obecnych stosunków", niema żadnych realnych podstaw. Wiadomem jest bowiem dobrze wszystkim profesorom wykładającym w Akademji Stomatologicznej, że nie krytykowałem nigdy dla krytyki samej, tylko żeby braki będące naprawić i nie ograniczałem się tylko do negowania ale dawałem zawsze pozytywne projekty, a więc nie chciałem burzyć lecz chciałem tworzyć. Trudno też przypuścić, żeby ten, który od r. 1916—1922 pracował nad tem, ażeby Państwowy Instytut Dentystyczny powstał i go organizował i walczył o prawa akademickie tej uczelni, ażeby ten sam chciał podkopać jej istnienie.

A teraz przejdę do najważniejszego punktu, który spowodował wysłanie memorjału Wydziału Lekarskiego Lwowskiego i Kra-

kowskiego do Ministerstwa, w sprawie nadania absolwentom 4-letnich studjów dentystycznych *tytułu lekarza stomatologa.*

„Po przemianowaniu P. I. D. na Akad. Stom., miejscowe władze uczelni uznały za wskazane zmienić również i brzmienie tytułu nadawanego swym wychowankom. Zastanawiając się nad istotą zakresu pracy zawodowej doszło się do wniosku, że nazwa lekarza dentysty ujmuje raczej pojęcie leczenia samych tylko zębów, a nie całości jamy ustnej. Ponieważ wychowankom Akademji dana jest możność leczenia wszystkich chorób jamy ustnej, **uznano, że nazwa lekarz stomatolog odpowiada lepiej stanowi faktycznemu**".

Autorzy artykułu dają przecież na wstępie poprawną definicję różnicy między lekarzem-dentystą a stomatologiem pisząc: *„Zawód lekarsko-dentystyczny łączy w sobie specjalistów w zakresie leczenia chorób jamy ustnej, którzy odbyli studja ogólno lekarskie i nazywają się stomatologami oraz lekarzy-dentystów, deklarujących się odrazu do specjalnych studjów zawodowych przy wstępowaniu na wyższą uczelnię".*

Jednakowoż nie przeszkadza autorom tegoż artykułu bynajmniej już w drugim ustępie gmatwać pojęcie stomatologa i lekarza-dentysty i opierać na błędnem rozumowaniu, z pominięciem już istniejącego porządku rzeczy, ustalonego przez zwyczaj, studja lekarskie i normy specjalizacji. Sam fakt przemianowania Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną wystarcza władzom Akad. Stom. ażeby *„uznały za wskazane zmienić również brzmienie tytułu „lekarza-dentysty" na „lekarza stomatologa"* bez zmiany studjów, i bez żądania jako podstawy studjów lekarskich.

Popełnienie tegoż błędu jest tem dziwniejsze, że przecież kierownicy katedr specjalnych, którzy podpisali artykuł razem z rektorem, są przedewszytkiem odpowiedzialni za treść tego artykułu i jego argumentacje.

Co innego, gdyby pojęcie stomatologa nie było usankcjonowane zwyczajem, gdyby nie każdy lekarz doskonale wiedział, jaka jest różnica między stomatologiem a lekarzem dentystą. Jeżeli już ustawa dentystyczna z r. 1927 wprowadziła jeden tytuł dla wszystkich: lekarz-dentysta, nie przewidziała różnicy tytułów na podstawie studjów i pozbawiła specjalistów o pełnych studjach lekarskich jedynego odróżnienia, wskazującego na różnicę wykształcenia, tego jedynego klejnotu, uzyskanego drogą wielkiego wysiłku i studjów, to tem bardziej powinni członkowie Rady Profesorów posiadać to subtelne wyczucie, że nie wolno szafować tytułem, który posiada

istotnie głębsze znaczenie. Z tego, że kompetencje zawodowe lekarza-dentysty, stomatologa a nawet do $^4/_5$ uprawnionego technika dentystycznego dzięki ustawie o wykonywaniu praktyki dentystycznej, opartej na kompromisach sejmowych, są równe, nie można wyciągnąć wniosku, że może naraz dnia 27 czerwca 1934. r. Ogólne Zebranie Profesorów nadać tytuł lekarza stomatologa absolwentom uczelni po 4-letnich studjach dentystycznych, na podstawie których wydawano dotychczas tylko tytuł lekarza-dentysty.

Przecież to jest oczywisty zamach na prawa lekarzy stomatologów, uzasadniony pozornie, wyłącznie sposobem rozumowania. A Rada Profesorów Akademji Stomatologicznej, którymi przecież są i profesorowie Uniw., nie zdaje sobie sprawy, że tak doniosła uchwała może tylko wówczas uzyskać moc prawną w praworządnem państwie, jeżeli zostanie ratyfikowana przez Ministerstwo W. R. i O. P. O ile mi wiadomo Ministerstwo W. R. i O. P. nie zatwierdziło tej uchwały, dlatego też nie miała prawa Akademja Stomatologiczna wydawania tegoż tytułu swoim absolwentom, a było ich aż 76, a w tem przynajmniej 76% kobiet.

Przecież z takiej łatwej decyzji wynikają daleko idące konsekwencje, nietylko obowiązujące Akademję Stomatologiczną wobec absolwentów z r. 1934., ale wobec następnego pokolenia, które kształci się na tych samych programach studjów. Nawet mogą się pokusić ci, którzy odbyli te same studja w P. I. D., a otrzymali tylko tytuł lekarz-dentysta, ażeby ten sam tytuł lekarz stomatolog *ex post* został im również nadany, bo przecież cóż zrobili więcej ci absolwenci z r. 1934, aniżeli ich poprzednicy. Jak mówi sam Rektor uczelni: odbyli dodatkowy 3-miesięczny kurs wakacyjny i jeśli się nie mylę tylko pod okiem asystentów a nie profesorów i to tylko praktycznie. Jak mogą te trzy miesiące pracy klinicznej skompensować naraz 4 lata studjów uniwersyteckich i systematycznej specjalizacji? Przecież tego rodzaju reforma studjów, zrealizowana w praktyce przez A. St., nie może być brana poważnie. Nie wątpię, że absolwenci dawniejszych studjów dentystycznych dodaliby cały rok studjów z całą przyjemnością, gdyby mogli osiągnąć ten nowy tytuł: lekarz stomatolog i poddaliby się nawet egzaminom dodatkowym.

Dlatego nas nie dziwi wcale, że tak skwapliwie popierają absolwenci P. I. D. wszystkie zamierzenia obecnych władz akademic-

kich[1]), że pośpiesznie wydrukowali w swojem piśmie artykuł wspomniany Akad. St. i to akurat podczas VII. Zjazdu Stom., w którym wzięło udział aż 900 lekarzy-dentystów i stomatologów z całej Polski, nawet nie zapytując się tej osoby, przeciw której jest głównie skierowany cały atak autorów artykułu, czy nie uważałaby za odpowiednie dać na artykuł ten swoją odpowiedź. Przecież także istnieje pewien „savoir vivre" w pismach codziennych, nie mówiąc już o pismach zawodowych i naukowych.

Ta niedojrzałość moralna występuje również w uchwałach wiecu studentów Akademji Stom.[2]), który się odbył pod przewodnictwem jednego z przedstawicieli katedr specjalnych, gdzie absolwenci P. I. D. występują z nieuzasadnioną krytyką tak poważnej instytucji jak Związek Lekarzy Państwa Polskiego, a nawet i nie wiedzą, że do tego Związku należą także stomatologowie, którzy są doskonale zorjentowani co do potrzeb swej specjalności i poziomu P. I. D. Te butne występy młodego pokolenia wychowanego w murach P. I. D. i Akad. Stom. tworzą również doskonały argument na moje twierdzenie, że niejeden kończący studja w obecnej Akad. Stom. nie dorósł do tego poziomu umysłowego i etycznego, na którym pragnąłbym widzieć wszystkich stomatologów polskich.

Na dowód, że istotnie z etyką młodego pokolenia nie jest najlepiej, przytoczę słowa samego p. Rektora Nitscha, wypowiedziane na pożegnanie absolwentów w r. 1934, a odnoszące się przedewszystkiem do lekarek-dentystek, z którego zastępu wychodzą tzw. firmantki.

Dnia 8/XII 1933. przemawia Pan Rektor Nitsch do absolwentów przy wręczaniu dyplomów: „Obecnie zwracam się specjalnie do panien, które dzisiaj otrzymają dyplomy..".

„Zmuszony jestem dotknąć tu i tej najboleśniejszej sprawy, która najwięcej Wam szkodzi, t. j. sprawy o s ł a n i a n i a s w o i m d y p l o m e m m ę ż c z y z n, n i e m a j ą c y c h ż a d n e g o p r a w a d o w y k o n y w a n i a z a w o d u l e k a r z a d e n t y s t y. Czyto jako żony, czy jako w y n a j ę t e p r a c o w n i c e p o z w a l a ł y s o b i e n i e k t ó r e j e d n o s t k i z p o m i ę d z y d a w n i e j s z y c h w y c h o w a n e k P. I. D. u ż y w a ć s w o j e g o d y p l o m u n i e s u m i e n n y m o s o b n i k o m d o w p r o w a d z a n i a w b ł ą d c h o r y c h i w ł a d z. Ciężki ten zarzut odnosi się tylko do kobiet, bo o ile

[1]) Liczba wydanych dyplomów przez P. I. D. wynosiła w r. 1930 1147 (Sprawozdanie P. I. D. z r. 1931); w czterech latach następnych doszło około 320, czyli ogólna liczba lekarzy-dentystów z P. I. D. wynosić będzie z początkiem r. 1935 około 1460; w liczbie tej jest przeszło 80% kobiet.

[2]) Dwumiesięcznik Stom. 1935, str. 41.

mi wiadomo — ani jeden taki wypadek nie został stwierdzony wśród lekarzy dentystów mężczyzn, wychowanków P. I. D.".

Doczekaliśmy się obecnie tego, że długoletnia nasza praca prowadząca do zniwelowania różnic między stomatologami i lekarzami-dentystami dawniejszego typu, zlania ich w jeden obóz, pracujący zgodnie we wszystkich organizacjach zawodowych, występujący jednolicie w kraju i zagranicą, została przez niefortunną uchwałę rady profesorów z dn. 27 czerwca 1934 r. nadania dyplomu lekarza-stomatologa absolwentom „Akademji Stomatologicznej" zniszczona, podczas gdy profesorom Akad. Stom. „zdawało się, że ujednostąjnienie nazwy zawodowej powinno wyrównać wszelkie waśnie i zjednoczyć zawód w imię wspólnych celów i dążeń".

Niefortunna ta uchwała zburzyła naszą pracę kilkunastu lat, wytworzyła chaos w mózgach wychowanków P. I. D., zbudziła pragnienia i nadzieje nieusprawiedliwione i nieuzasadnione i ustosunkowała ich wrogo do wszystkich tych kolegów, którzy widzą w nadaniu dyplomu lekarza stomatologa pogwałcenie dotychczasowego porządku rzeczy, a więc nietylko do lekarzy, nietylko do stomatologów ale i lekarzy dentystów dawniejszego typu, bez względu na to, czy kończyli studja swoje w Niemczech czy w Rosji.

Jeżeli nieznajomość stosunków w naszym zawodzie Członków Rady Profesorów Akademji doprowadziła do owej niefortunnej uchwały, która wywołała protest całego stanu lekarskiego i stomatologicznego, należałoby oczekiwać, że Władze Akademji Stomatologicznej zastanowią się nad skutkami wydania dyplomów z tytułem lekarza stomatologa.

Należy się zatem spodziewać, że Władze Akademickie przystąpią do rewizji uchwały z roku 1934, zażądają zwrotu dyplomów i poczynią w porozumieniu z Ministerstwem W. R. i O. P. odpowiednią poprawkę zgodnie ze statutem Państwowego Instytutu Dentystycznego z roku 1922.

Ten nagłówek: „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologiczny" Rektorat i kierownicy klinik Akad. stomatologicznej nadali odpowiedzi na memorjały Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie i Jagiellońskiego w Krakowie, na pismo Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej, poparte opinją tejże Izby, oraz uchwały Związku Lekarzy Państwa Polskiego, tak jakby wszystkim tym

instytucjom chodziło tylko o pusty tytuł, o uprawnienia niczem nieuzasadnione, podczas gdy istotną treść studjów stomatologicznych dawałaby już obecnie Akademja Stomatologiczna.

Akurat coś przeciwnego wypływa z wywodów moich poprzednich, bo treść studjów w P. I. D. i obecnej Akad. Stom. i czas nauczania zostały te same, ci sami profesorowie wykładają co przedtem, dają studentom dentystyki wykłady medycyny w formie skróconej i tylko do pewnego stopnia obszerniej z zakresu jamy ustnej i zębów, dając naogół mniej, aniżeli otrzymuje w zakresie podstawowym student medycyny w porównaniu do studenta dentystyki. Natomiast Władze dawnego P. I. D. po wejściu w życie nowej ustawy o szkołach akademickich przemalowały tylko dawny napis na Akademję Stomatologiczną i zastanawiały się długo nad organizacją wewnętrzną i opracowaniem statutu, tj. nad formą istnienia tejże uczelni nie zaś nad treścią studjów i kwalifikacjami, które należałoby żądać od kandydatów wstępujących do Akademji Stomatologicznej.

Wymaganie obszerniejszych studjów, wymaganie wyższych kwalifikacyj, tj. pełnych studjów lekarskich, to nie jest tylko pusta forma, ale to jest fundament, na którym ma stanąć korona dzieła, studjum stomatologiczne. A więc ja walczę o treść studjów stomatologicznych a ze mną wszyscy stomatologowie i ci lekarze-dentyści, którzy już w r. 1923. na I. Zjeździe Stom. powzięli jednomyślną uchwałę żądania od przyszłego specjalisty, zajmującego się leczeniem zębów i chorób jamy ustnej, pełnych studjów lekarskich[1]).

Nie można powiedzieć, że sprawa ta „nie jest aktualna obecnie, że jest to wyolbrzymienie studjum stomatologicznego w porównaniu do innych gałęzi medycyny".

Jeżeli kiedy, to właśnie teraz jest na czasie pomyśleć o tak radykalnej reformie wobec nastroju ogólnego społeczeństwa do Akademji Stomatologicznej, a nietylko kół lekarskich, Wydziałów Lekarskich i Izb Lekarskich. Czy nie jest wiadomo Władzom Akad. Stom., że mamy nadprodukcję lekarzy dentystów najróżniejszych

---

[1]) Pol. Stom. 1923, str. 453.

typów, że rozrost Ubezpieczalni Społecznej, ograniczenie pomocy dentystycznej szkolnej zredukowało potrzeby Państwa i uczyniło niepotrzebnemi całe zastępy lekarzy dentystów. Że mamy wprost odmienne stosunki aniżeli w r. 1919, kiedy istniał wielki brak lekarzy dentystów, ażeby zadośćuczynić potrzebom ludności, wojska i organizacyj społecznych.

Mamy ponadto wielki rezerwoar lekarzy bezrobotnych, którzy z wysokiemi swojemi kwalifikacjami nie wiedzą co zrobić, a nie mogą rozpoczynać studjów stomatologicznych ze względu na konkurencyjną produkcję *„lekarzy stomatologów“* najnowszego typu przez Akademję Stom. po 4-letnich studjach i nie mogą konkurować zawodowo i materjalnie z minimalnemi wymaganiami 75% kobiet lekarek dentystek i „lekarek stomatologów“ najnowszego typu, które przeważnie nie mają obowiązku utrzymania rodziny ani tych obowiązków jakie mają mężczyźni stomatologowie, którzy nie mogą dostosować swoich poglądów etycznych właśnie do tej **obniżonej etyki niektórych reprezentantek najnowszych zawodu** dentystycznego [1]).

Brak dostatecznej orjentacji w potrzebach naszego zawodu u władz Akademji doprowadził do stworzenia rozłamu między starem a młodem pokoleniem lekarzy-dentystów.

Z powodu przyjmowania nadmiernej ilości kobiet na studja dentystyczne w stosunku do mężczyzn nastąpiło znaczne obniżenie etyki stanu lekarskiego w naszym zawodzie i stworzenie warunków, które uniemożliwiają mężczyznom rzetelną konkurencję w pracy; skutkiem tego nie mamy możności czerpania z rezerwoaru lekarzy i pozyskania ich dla stomatologji jako specjalistów.

Jak można sobie wytłumaczyć dojście do skutku tej niefortunnej uchwały Ogólnego Zebrania Profesorów z dnia 26. VI 1934 r.?

---

[1]) Zob. artykuły w Kronice Dentystycznej:

1931. Firmantki techników dentystycznych najnowszego typu, str. 155.

1932. Handlarki wędrowne — firmantki wędrowne, str. 10—16, 93.
Bezwstydna propozycja kandydatki na firmantkę, str. 168.

1933. Jeszcze w sprawie Kasy Chorych w Zagórowie, str. 20.
Wesołe dzieje praktyki dentystycznej, str. 121.
Studentka P. I. D. praktykuje w lecznicy, str. 137.

1934. Niedozwolona reklama, str. 17.
Bezrobocie w zawodzie dentystycznym a „praktyka“ osób nieuprawnionych, str. 136.

Tłumaczę sobie pośpieszną robotą, brakiem czasu przedewszystkiem tych profesorów specjalistów, którzy zmęczeni ciężką pracą dydaktyczną i zawodową, setkami kłopotów życiowych, nieraz rozbiciem wewnętrznem, nie mieli i nie mają dostatecznego czasu na sprawy organizacyjne wyższej uczelni, w której pracują. Przytem należy podkreślić znikome znaczenie głosu specjalistów stomatologów wśród przeważającej liczby głosów profesorów innych specjalności.

W takich to warunkach każdy uboczny wpływ niekiedy pochodzący od osoby wyżej ustosunkowanej, podyktowany interesem własnym lub osoby uczącej się w uczelni albo mającej być do niej przyjętej, wypaczał zasadniczy kierunek P. I. D. Przecież w tych zjawiskach należało szukać przyczyny tak długo trwającej likwidacji remanentu z prywatnych szkół rosyjskich oraz wielkiej ilości studentów tzw. wolnych w pierwszych latach istnienia P. I. D. i przyjmowanie tak wielkiej ilości kobiet w latach późniejszych. O tych sprawach mówię otwarcie, ponieważ nareszcie byłby czas skończyć z wszelkiemi ubocznemi wpływami, które nie mają na celu podniesienia studjów i Akademji Stomatologicznej do tej wyżyny, na której stać powinna.

Należy jeszcze poruszyć *sprawę charakteru prowizorycznego P. I. D. i prowizorycznego charakteru studjów dotychczasowych.*

Autorowie przyznają tymczasowy charakter Państwowego Instytutu Dentystycznego, który znajduje swój wyraz w tymczasowym statucie, znowelizowanym w r. 1932. Wspominają również o trudnościach przyłączenia P. I. D. do uniwersytetu i niechętnem odnoszeniu się Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego do tegoż projektu. Nie wnikają jednak w istotę tych trudności, nie podkreślają, że wszyscy przyjęci do uniwersytetu powinni mieć równe kwalifikacje, ukończoną szkołę średnią, co nie było w początkach P. I. D. Nie zauważają, że i poziom umysłowy oraz studjów powinien odpowiadać wymaganiom wyższej uczelni, że hypertrofja zajęć praktycznych nie może zrównoważyć ilością godzin czasu trwania studjów i że pewien zwyczaj utarty na Wydziałach Lekarskich powinien być respektowany. Na żadnym z Wydziałów lekarskich w Polsce niema i nie było 75—96% kobiet jak w P. I. D. Następnie Wydział Lekarski zdawał sobie sprawę, że w P. I. D. przedewszytkiem są ci kandydaci, którzy nie zostali przyjęci na studja wyższe w uniwersytetach, a przedewszystkiem na me-

dycynę, czyli nie dorównali kwalifikacjom, wymaganym od studentów medycyny. Wkońcu niemałą przeszkodę stanowiła możliwość wejścia do Wydziału Lekarskiego 4-ch albo 5-ciu profesorów stomatologji na ogólną liczbę 20 albo 25 członków Wydziału, jakkolwiek i ta sprawa dałaby się w bardzo prosty sposób uregulować. W jednym punkcie mają autorowie rację, że rozwój stomatologji byłby zahamowany w razie przejęcia studjum stomatologicznego przez uniwersytet, mianowicie przez włączenie budżetu Akademji Stomatologicznej w ramy budżetu uniwersyteckiego. Preliminarz budżetowy: dochody i rozchody tej instytucji skonstruowane są na zasadniczo innych podstawach, aniżeli budżet uniwersytecki.

Nie mam nic przeciw temu, ażeby Akademja Stomatologiczna, posiadająca wielki majątek w swojem urządzeniu i swoją tradycją jako lecznica na terenie Warszawy, pozostała jako samoistna uczelnia wyższa i kształciła nadal specjalistów, nie złączona organizacyjnie z uniwersytetem, ale wymagać należy, ażeby nareszcie zabrała się poważnie do zreformowania swoich studjów, podwyższyła wymagane kwalifikacje na studja i żądała jako podstawy pełnych studjów lekarskich, a do tego czasu, żeby ograniczyła się do wydawania dyplomów tylko z tytułem lekarza-dentysty.

W końcu zwraca się Akademja Stomatologiczna do „kierowników katedr uniwersyteckich stomatologicznych piastujących dłużej swe stanowiska od okresu istnienia uczelni warszawskiej“ z pytaniem, *dlaczego nie wychowali docentów stomatologji i naukowych pracowników?* Odpowiedzieć tylko mogę za katedrę stomatologji we Lwowie to, co już kilkakrotnie powiedziałem na posiedzeniach „Związku Docentów“ i w szeregu memorjałach, wysłanych do Ministerstwa. Katedra Stomatologji we Lwowie ma od dziewięciu lat tylko trzech asystentów podczas, gdy dawniej miała ich czterech (i to na początku czasów polskich). Wiadome jest każdemu obeznanemu z pracą Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej, że przy 5-ciu oddziałach tego zakładu, z których każdy ma odrębną swoją robotę i wielki jej zakres, powinno być przynajmniej pięciu starszych asystentów a ponadto 5-ciu zastępców, o ile praca miałaby się odbywać prawidłowo i na każde stanowisko w razie choroby mógłby być zastępca. W ten sposób byłaby także dostateczna ilość osób, mogących prowadzić ćwiczenia i nietylko załatwić materjał ambulatoryjny i kliniczny, ale i do pracy naukowej. Przecież Akademja

Stomatologiczna w Warszawie ma przy katedrach specjalnych aż 35 asystentów. Pomimo tego dorobek naukowy kliniki Stomatologicznej we Lwowie jest bardzo znaczny i może śmiało konkurować z dorobkiem Akademji Stomatologicznej w Warszawie. Ponadto wydaje się we Lwowie od lat trzynastu najpoważniejsze pismo stomatologiczne w Polsce „Polską Stomatologję“, które jest organem Kliniki stomatologicznej. Wystarczy przejrzeć tych 13 roczników, a otrzyma się odpowiedź wystarczającą na zarzut autorów artykułu.

Warunki uzyskania asystentów dla Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej były i są nader trudne. Kierownik bowiem Kliniki wymaga od asystenta nietylko dyplomu lekarskiego ale pełnej specjalizacji tj. dodatkowego $1^1/_2$ roku studjów, czego nie wymaga się przy żadnej innej katedrze Wydziału lekarskiego. Kandydat na asystenta katedry stomatologji we Lwowie nie otrzymuje nietylko zaraz po dyplomie stanowiska płatnego, ale musi się sam jeszcze $1^1/_2$ roku utrzymywać na studjach specjalnych, zaopatrzyć się w narzędzia i książki. Następnie przy wielu innych katedrach Wydziału lekarskiego ma się widoki otrzymania poza poborami asystenta także wolnego mieszkania, a w zakładach klinicznych nawet utrzymania. Tejże oferty nie może zrobić katedra stomatologji kandydatom na asystentów, gdyż poza skromną pensją asystenta może najwyżej ofiarować mu bardzo ciężką pracę od 8—2-giej w poliklinice i przy ćwiczeniach z studentami, a wiadome jest, że sześć godzin pracy przy fotelu operacyjnym wymaga energji i zdrowia. W takich warunkach zaledwie starczy czasu na pracę naukową w godzinach wieczornych. Ale trzeba się jeszcze obejrzeć za posadą dodatkową na 2 lub 3 godziny popołudniu, ażeby wystarczyło na utrzymanie. A więc warunki materjalne stoją przedewszystkiem na przeszkodzie, ażeby uzyskać odpowiednie siły, i dlatego też nie może kierownik katedry stomatologicznej we Lwowie wybierać sobie między studentami medycyny najzdolniejszych na przyszłych pracowników naukowych i docentów. Katedra we Lwowie nie dysponuje żadnem stypendjum, któreby ułatwiło zdolnemu lekarzowi odbycie studjów specjalnych i żaden z asystentów kliniki nie otrzymał jeszcze wystarczającego stypendjum, aby mógł wyjechać na rok lub dłużej zagranicę na studja uzupełniające.

Mimo te trudne warunki przedstawiła Katedra stomatologji w r. 1923 kandydata na zastępcę profesora stomatologji uniwersytetowi wileńskiemu, w r. 1925 wyszedł z Kliniki Stomatologicznej

Lwowskiej zastępca profesora a obecny docent Akademji Stomatologicznej dr. Zeńczak, w r. 1927 wyszedł ze Lwowa kierownik Polikliniki Stomatologicznej w Poznaniu dr. Jarząb, którego prace naukowe spotkały się z uznaniem zagranicą.

Obecnie na opróżnione katedry w Krakowie i Akademji Stomatologicznej w Warszawie kandyduje trzech kandydatów, byłych asystentów Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej i jeden docent, uczeń Wydziału Lekarskiego Lwowskiego, który kształcił się w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie a habilitował się również przy katedrze Stomatologji Lwowskiej.

Ten krótki przegląd wystarczy pewnie jako odpowiedź na zarzut zrobiony mi przez Akademję Stomatologiczną w Warszawie.

Nie wyczerpałem na tem wszystkich zarzutów, które należałoby przytoczyć przeciw artykułowi Akademji i pomijam wszystkie drugorzędne umyślnie, bo nie uznaję podobnych argumentów, w które nawet autorowie sami nie wierzą, a chodzi mi tylko o istotę, o treść przyszłych studjów stomatologicznych i chodzi mi tylko o zapewnienie praw lekarzom i stomatologom, w których obronie wystąpiły Wydziały Lekarskie, Związek Stomatologów Lwowskich, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Izby Lekarskie.

We Lwowie dnia 24 listopada 1935 r.

Prof. Dr. med. Antoni Cieszyński

Kierownik Kliniki stomatologicznej
U. J. K. we Lwowie,
b. przewodniczący Związku Docentów Stomatologji,
przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych,
przewodniczący Związku Stomatologów lwowskiej Izby lekarskiej,
naczelny redaktor i wydawca „Polskiej Stomatologji",
przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego, Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) i członek Komisji nauczania tejże organizacji,
przewodniczący Polskiej Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.).
przewodniczący Związku Słowiańskich Stomatologów.

Ocena książki.

Drum-Keramik (Schulterlose Hartporzellankronen). Keramika Druma, bezstopniowa korona porcelanowa. Nakład: Berliniche Verl. Anst. 1936. (stron 60, rycin 50, cena 3·80 RM.

Dr. Drum lekarz-dentysta w Szczecinie opracował nową technikę wykonania koron porcelanowych na zęby trzonowe i przedtrzonowe, oraz zęby ćwiekowe na zęby przednie.

Korony porcelanowe wykonuje następująco: Ząb oszlifowuje skośnie, jak pod koronę zwykłą — bez stopnia. Na tak oszlifowany ząb dobiera odpowiednią pokrywkę z folji platynowej o powierzchni wytłaczanej w malutkie zagłębienia, stanowiące punkty zatrzymania dla porcelany (pokrywki są fabrykowane w różnych wymiarach). Obcążkami dogina się pokrywkę, aby przylegała do korony. Pokrywka ta służy następnie za podstawę dla wysoko topliwej bardzo twardej i dotychczas w keramice nie używanej porcelany, służącej jedynie dla celów przemysłowych. (o temperaturze topienia 1500°). Na tę warstwę porcelany nakłada się następną, która nadaje kolor i glazurę, (topiącą się przy 1350°). Tak wykonaną koronę zacementowuje się na zęby wraz z folją. Na zębach żyjących rezygnuje autor ze swojego systemu i w zakresie zębów przednich wykonuje oryginalną koronę pochewkową Jacketa. Przy zębach nieżyjących wykonuje swój ząb ćwiekowy. Korzeń zęba przygotowany pod ząb ćwiekowy otrzymuje specjalny ćwiek do przewodu z platynową płytką, którą dogina się do powierzchni korzenia. Na tak sporządzonej podstawie wypala się jądro z porcelany topliwej przy 1500°. Na nią nakłada się porcelanę topiącą się przy 1350°. Tak sporządzony ząb ćwiekowy cementuje w sposób zwykły.

Korony Druma mogą być sporządzane tylko w specjalnych laboratorjach, zaopatrzonych w palniki tlenowe i licencje patentu Druma. — Książka wydana, jest starannie na kredowym papierze z pierwszorzędnie wykonanemi ilustracjami.

Tadeusz Owiński (Lwów)